NOM : [redacted] **PRENOM :** SARAH **AGE :** 50 ans

Commune : 92 **Profession :** cadre poste.

Date opératoire : 20/12/10 **Adresse Mail:** [redacted]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

NT L'OPERATION : DEGRE DE MYOPIE ? *(à remplir par votre Ophtalmo)*

OD : + 1,25
OG : +1,25

S L'OPERATION : RESULTAT VISUEL *(à remplir par votre Ophtalmo)*

OD :
OG : 10/10 P2

POUVEZ- VOUS VOUS DEPLACER SANS LUNETTES OU LENTILLES ? ☒ OUI ☐ NON

POUVEZ- VOUS CONDUIRE SANS LUNETTES OU LENTILLES ? ☒ OUI ☐ NON

POUVEZ- VOUS TRAVAILLER SUR ORDINATEUR SANS CORRECTION ? ☒ OUI ☐ NON

ERATION A- T - ELLE ETE DOULOUREUSE ? ☐ OUI ☒ NON

☐ OUI UN PEU ☐ OUI TRES DOULOUREUSE

BIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 1 Demi - journée.

RECUPERATION DE LA VISION : 3 H.

RETTEZ VOUS CETTE OPERATION ? ☒ OUI ☐ NON

E COMMENTAIRE LIBRE (vos premières impressions avec cette nouvelle vision, votre expérience du lasik, qualité des soins, de , du suivi)

un grand Merci au Dr C[redacted].

V toute son équipe.

grand sérieux et professionnalisme

A recommander.

ISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

☒ OUI ☐ NON