

NOM : [REDACTED]

PRENOM : SEBASTIEN AGE : 33

Commune : Paris

Profession : chef de projet

Date opératoire : 27/01/2010

Adresse Mail : [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

\* AVANT L'OPERATION : DEGRE DE MYOPIE ? (à remplir par votre Ophthalmol)

OD : -2,00 (-1,75) à 5°  
OG : -1,75 (-2,00) à 175°

\* APRES L'OPERATION : RESULTAT VISUEL (à remplir par votre Ophthalmol)

OD : 10/10  
OG : 10/10

POUVEZ-VOUS VOUS DEPLACER SANS LI NETTES OU LENTILLES ?  OUI  NON

POUVEZ-VOUS CONDUIRE SANS LI NETTES OU LENTILLES ?  OUI  NON

POUVEZ-VOUS TRAVAILLER SUR ORDINATEUR SANS CORRECTION ?  OUI  NON

L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOULOUREUSE ?  OUI  NON  
 OUI UN PECU  OUI TRES DOULOUREUSE

\* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 5 heures  
RECUPERATION DE LA VISION : le soir même

\* REGRETTEZ VOUS CETTE OPERATION ?  OUI  NON

\* AUTRE COMMENTAIRE LIBRE (vos premières impressions avec cette nouvelle vision, votre expérience du lasik, qualité des soins, de l'accueil, du suivi)

rapide et efficace, très professionnel.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE  OUI  NON