

NOM : ██████████

PRENOM : Sofien

AGE : 22 ans

Commune : Arcueil

Profession : directeur centre loisir & au Billard Basket

Date opératoire : 18/06/09

Adresse Mail: ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 3,75 (-0,50 à 170)

OG : - 2,75 (-0,75 à 15)

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

OD : 10/10

OG : 10/10

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

9 * L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOULOUREUSE ? OUI NON

OUI UN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 1 NUIT

RECUPERATION DE LA VISION : 1 NUIT

* 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)

Résultats impressionnant etant donner la rapidité de la récupération de la vision. Douleurs disparues dès la matinée suivant l'opération..

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE.

OUI NON