

NOM : ██████████

PRENOM : *Vienthang*

AGE : *29*

Commune : *TROYES*

Profession : *INGENIEUR IT*

Date opératoire : *05/10/2009*

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-6,00 (-0,75) à 25°*  
OG : *-5,75 (-0,50) à 0°*

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

OD : *10*  
OG : *10* | *12*

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

\* L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOULOUREUSE ?  OUI  NON  
 OUI UN PEU  OUI TRÈS DOULOUREUSE

\* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?  
RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : *3H00*  
RECUPERATION DE LA VISION : *6H00*

\* 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)

*Très bon suivi.  
Equipe compétente.  
Opération que je conseille.*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE  OUI  NON