

NOM : ██████████

PRENOM : William

AGE : 26

Commune : Sartouville

Profession : Electricien

Date opératoire : 23/6/10

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 1,75 (-0,50) à 16°

OG : - 1,25 (-0,75) à 150°

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

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

* 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 : 12h

RECUPERATION DE LA VISION : 6h/8h

* 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)

je suis très content d'avoir retrouvé une bonne vision,
je pensais que ça allait être plus douloureux,
non vraiment rien à redire, vraiment très très bien.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON