

NOM : B ~~XXXXXXXXXX~~

PRENOM : Xavier

AGE : 37 ans

Commune : Igny (91)

Profession : Informaticien

Date opératoire : 22 <sup>5<sup>e</sup></sup> juillet 2008 Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

OD UNIQUEMENT

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

OD : -0,25 (-0,50) à 35°

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

OD :

~~0,25~~

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 : *Très rapide (complètement disparu au bout de qly heures)*

RECUPERATION DE LA VISION :

\* 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)

*Operative très rapide. Fin de la surcu  
le lendemain de l'opération -*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE (sans mentionner votre nom en clair)

OUI  NON