

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Xavier

AGE : 35ans

Commune : Paris

Profession : Musicien

Date opératoire : 10/02/011

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -3,50 (-0,50) à 53  
OG : -4,25 (-0,50) à 170°

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

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 : 1 H  
RECUPERATION DE LA VISION : 4 H

\* 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)

Suivi oral lors de l'intervention très apprécié.  
Accueil chaleureux avec un certain détachement qui permet de rendre l'intervention assez routinière et donc de dédramatiser.  
Résultats fiables et rapides.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TMOIGNAGE

OUI  NON