

NOM : ██████████  
Commune : Versailles  
Date opératoire : 11/05/09

PRENOM : Zoé  
Profession : Gérante  
Adresse Mail: ██████████

AGE : 26

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -5,75 (-0,25 à 0)  
OG : -5,00 (-1,25 à 0)

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

OD : 9/10  
OG : 9/10

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

2) \* 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 : 6-8h  
RECUPERATION DE LA VISION : 1 jour

\* 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)

██████████ fait un travail de Père Noël...

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE.

OUI  NON