

NOM : [REDACTED]

PRENOM : *Beatrice*
Profession : *Infirmière*

AGE : *31 ans*

Commune : *Colbaret*

Date opératoire : *30/06/14*

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-2,50*

OG : *-2,50 (-0,25) 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

X * 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 :

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)

*Très bon accueil, le rendez vous a J+1 est rassurant.
Intervention impressionnante sur le papier (théorie) mais en pratique tout va très vite.*

Gene le jour de l'intervention : broussissement, picotements mais pas de douleurs intenses

*A J+1 : plus de douleurs et bonne vision.
Pour le moment, aucun regret à faire cette intervention.*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON