

NOM : [REDACTED]

PRENOM : DANAË

AGE : 30

Commune : Bois Colombes

Profession : Communication

Date opératoire : 15/04/2015

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -1.50 (-0.25) à 4°

OG : -1.25 (-0.25) à 155°

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

OD : no/no

OG : no/no

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 : 1/2 journée

RECUPERATION DE LA VISION : 1/2 journée

\* 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 très professionnel avec un très bon accueil.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE DE FACON ANONYME

OUI  NON