

NOM : ██████████ PRENOM : *TRIKA* AGE : *53*  
Commune : *Fort de France* Profession : *Infirmière*  
Date opératoire : *12.10.2015* Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-4,50 (-0,50) à 30°*  
OG : *-4,50 (-0,50) à 150°*

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

OD : *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 jour*

RECUPERATION DE LA VISION : *1/2 semaine*

\* 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)

*Equipe sympathique - Professionnelle - Très bon accueil -  
Opération stressante tout de même d'un point de vue personnelle - Résultats à la hauteur de mes espérances - J'aurais dû le faire plus tôt!!!*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE DE FACON ANONYME

OUI  NON