

NOM : ██████████

PRENOM : Ioliss

AGE : 28 ans

Commune : Colche

Profession : Chirurgien dentiste

Date opératoire : 25/03/15

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD: -1,00 (-3,00) à 93°
OG: -1,50 (-2,25) à 89°

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

OD: 10
OG: 10 (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

* 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 : 5h
RECUPERATION DE LA VISION : 1h

* 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)

Sensation de gêne à l'œil au bout d'une journée, puis plus rien. J'ai pu travailler normalement dès le lendemain.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TMOIGNAGE DE FACON ANONYME

OUI NON