

NOM : [REDACTED]

PRENOM : *Salvador*

AGE : *20ans 1/2*

Commune : *SURESNES*

Profession : *Étudiante*

Date opératoire : *28/07/14*

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-5,75 (-1,25) à 150°*  
OG : *-4,75 (-1,25) à 30°*

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

OD : *10*  
OG : *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 : *0 (pas de gêne)*  
RECUPERATION DE LA VISION : *7-8h environ*

**\* 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, excellent suivi.*

**AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE**

OUI  NON