

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Alain

AGE : 50ans

Commune :

Profession :

Date opératoire : 22/09/09

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 5,00 8/10
OG : - 14,50 (-0,50) à 125° 6/10

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

OD : 10/10
OG : 5/10

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 : 3 H00
RECUPERATION DE LA VISION : 6 H00

* 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)

- 15 A GAUCHE !
- 5 A DROITE
Enfin je vois ...
Merci A L'Equipe

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE OUI NON