

NOM : ██████████

PRENOM : *Amandine*

AGE : *25ans*

Commune : *OSNY*

Profession : *Cuisinière*

Date opératoire : *26/10/09*

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-1,25 (-1,25) à 104°*

OG : *-1,50 (-0,25) à 62°*

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

OD : *8/10*

OG : *8/10*

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 : *1 jour*

RECUPERATION DE LA VISION : *quelques heures*

* 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)

spectaculaire, je le conseille à tout ceux qui porte des lunettes. Pour ma part, je revie !!!

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON