

NOM : ██████████

PRENOM : *Beatrice*

AGE : *34 ans*

Commune : *Crobie*

Profession : *Assistante commerciale*

Date opératoire : *11/02/2010*

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST-LASIK

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

OD : *- 5,00 (-0,50)*

OG : *- 3,50 (-0,25) à 160°*

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

OD :

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 : *de suite*

RECUPERATION DE LA VISION : *de suite*

\* 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)

*Cela me paraît trop simple pour être réel.  
La récupération est immédiate et je n'ai eu aucune douleur.  
J'espère que cela va durer car j'ai du mal à réaliser  
que j'arrive à voir sans lunettes. Cela semble irréel.  
peut-être que cela dure !*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON