

NOM : L ~~XXXXXXXXXX~~

PRENOM : Betissam

AGE : 30 ans

Commune : Bezons (95)

Profession :

Date opératoire : 24^e juillet 2008

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -6,00

OG : -6,00 (-0,50) à 25°

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

OD :

20

OG :

11 | 12 | 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 : 6h (après sommeil)

RECUPERATION DE LA VISION : 6h (après sommeil)

* 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)

Equipe très compétente et à l'écoute.

Heureux et enue de cette nouvelle vue.

Merci encore.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE (sans mentionner votre nom en clair)

OUI NON