

NOM : ██████████

PRENOM : CECILE

AGE : 25

Commune : ASNIERES

Profession : CONSUL TRAVTE

Date opératoire : 11/2/2010

Adresse Mail: ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -4,00 (-0,50) à 135°  
OG : -3,75 (-0,75) à 70°

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

OD : L<sub>0</sub> | 12/10  
OG : L<sub>0</sub>

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 DOLLOUREUSE ?

OUI  NON  
 OUI UN PEU  OUI TRES DOLLOUREUSE

\* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 8 h

RECUPERATION DE LA VISION : 12 h

\* 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)

L'opération s'est très bien passée et m'a déjà changé la vie. Mes proches sont motivés pour se faire opérer à leur tour !

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON