

NOM : ██████████

PRENOM : Chrystel

AGE : 43

Commune : Montigny-le-Bx

Profession : Enseignante

Date opératoire : 11/03/10

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 2,50

OG : - 2,50 (-0,25) à 115°

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

OD : 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 : 24h

RECUPERATION DE LA VISION : 48h

* 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)

Très contente d'avoir fait cette opération. Aucun regret à part celui de ne pas l'avoir fait avant! C'est vraiment super de "voir" dès le réveil. Quelle libération. Merci beaucoup.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON