

NOM : ██████████ PRENOM : *Clair* AGE : *38 ans*
Commune : *Clambes* Profession :
Date opératoire : *07/04/10* Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : + 3,00 (-0,25) à 130°
OG : + 1,50 (-1,00) à 156°

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

OD :
OG :

- 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 : *3-4 heures*
RECUPERATION DE LA VISION : *3-4 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)

*Rapide, magique et indolore
je recommande à tout le monde de le faire !!
que du bonheur.*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

- OUI NON