

NOM : ██████████

PRENOM : Corinne

AGE : 46 ans

Commune : ANGIVILLERS

Profession : infirmière en psychiatrie

Date opératoire : 11-4-11

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 6,25 (-0,75) x 180°
OG : - 5,75 (-0,50) à 15°

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

OD : 10
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 : le soir même.
RECUPERATION DE LA VISION : pratiquement instantanée

* 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)

opération spectaculaire.
contente de l'avoir eu, regrette de ne pas l'avoir fait plus tôt !...
Bonne prise en charge par le docteur, son assistante et sa secrétaire, tous ont été gentils et confiants.
merci encore.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON