

NOM : ██████████ PRENOM : Delphine AGE : 33 Ans  
Commune : Neuilly Plaisance Profession : INFIRMIÈRE  
Date opératoire : 4/02/2010 Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 2,75

OG : - 2,25 (-0,75) à 157°

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

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 : Environ 5 heures

RECUPERATION DE LA VISION : Le lendemain

\* 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)

Miraculeux ! Rapide, indolore, Equipe très rassurante  
Je reviens ! N'hésitez pas !

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON