

NOM : [REDACTED] PRENOM : Sidier AGE : 55 ans  
Commune : BUCARPS Profession : Inf. p. J. J.  
Date opératoire : 04-03-10 Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :  
OG : Myopie, astigmatisme, presbytie

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

OD : | 3/10 fz en binoculaire  
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 RECLPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 2H.

RECUPERATION DE LA VISION : En sortant du centre.

\* 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 bon accueil, disponibilité, explication de la situation pré et post opératoire. L'opération s'est très bien passée avec détente et rapidité. Vision retrouvée rapidement, pas de douleur, ce n'est une petite gêne (un flou qui pourra être évité).  
Donc en résumé, je le referais sans problème et remercie toute l'équipe pour son professionnalisme et sa sympathie.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON