

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Jean. Michel AGE : 52ans.

Commune : 95150 TAVERNY.

Profession : Directeur Commercial

Date opératoire : 07/06/10.

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : +2,50  
OG : +4,25

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

OD : 10/10  
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 PECU  OUI TRES DOULOUREUSE

\* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?  
RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 1 jour 1/2  
RECUPERATION DE LA VISION : 6 H00

\* 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)

L'explication du Protocole est claire et sans concessions. Sur les risques et les gênes post opératoires l'accueil et le suivi contribue à la mise en confiance nécessaire.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON