

NOM : T [REDACTED]
Commune : Harville
Date opératoire : 27/03/08

PRENOM : Jean-Marc
Profession : Développeur
Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD -1.75 (-1 à 110)
OS : -2 (250 à 60)

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

OD
OG

OD /
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 lendemain
RECUPERATION DE LA VISION : 4 heures après

* 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, très bon suivi post opératoire.
L'opération est bien déroulée. Légère gêne au niveau
des sources lumineuses qui devrait s'améliorer.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE (sans mentionner votre nom en clair)

OUI NON