

NOM : [REDACTED] PRENOM : *Joalyse* AGE :

Commune : *21-710* Profession :

Date opératoire : Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-2,75 (-1,00) à 10*  
OG : *-4,25 (-)*

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

OD : *0/0*  
OG : *0/0*

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 ?

*2 Heures*

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE :

RECUPERATION DE LA VISION :

*6 heures parfait*

\* 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)

*le seul regret ne pas l'avoir fait tôt - l'équipe super amis que le chirurgien - INDOLORE*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON