

NOM : ██████████

PRENOM : *Kamel*

AGE :

Commune : *Saint-Omer*

Profession : *Conseiller (Recherche) bancaire.*

Date opératoire : *26/10/2009*

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *- 2,25 (-0,25) à 165°*  
OG : *- 2,25*

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

OD : *11/10*  
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 PEU  OUI TRES DOULOUREUSE

\* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : *2 heures*

RECUPERATION DE LA VISION : *quasi-immédiate*

\* 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)

*opération très impressionnante en terme d'efficacité, de rapidité.  
Je recommande très fortement l'opération à ceux qui hésitent encore.*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON