NOM : [redacted] **PRENOM :** Léanna **AGE :** 27

Commune : **Profession :** Danseuse

Date opératoire : 30/11/09 **Adresse Mail:** [redacted]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -4,25 (-1,50) à 95°
OG : -4,25 (-1,25) à 92°

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

OD :
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 : le lendemain

RECUPERATION DE LA VISION : le lendemain

*** 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 bien guidée et expliquée par le chirurgien et son assistante durant chaque étapes. Personnel médical très rassurant.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE ?

☒ OUI ☐ NON