

NOM : H [redacted]

PRENOM : Leila

AGE : 25

Commune : BCZOW S

Profession : Hotesse de Caisse

Date opératoire : 9/02/09

Adresse Mail: [redacted]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -6,00 (-1,00 à 1,00) H
OG : -3,50 (-1,00 à 4,00) H

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

OD : H
OG : 8/10

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 : 1 après-midi
RECUPERATION DE LA VISION : 4 à 5 heures

* 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)

- Bon accueil
- Bonne qualité des soins
- Bon suivi
J'ai vécu une bonne expérience avec le lasik.

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

OUI NON