

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Martine

AGE : 42

Commune : Asniere

Profession : Assistante commerciale

Date opératoire : 8/06/09

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 5,50 8/10

OG : - 5,25 (-0,25) à 120° 10/10

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

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 (très légers picotements durant 2
 OUI UN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 3h

RECUPERATION DE LA VISION : 1h

* 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)

Extrêmement satisfaite de l'opération + soins post et pré opératoires - de mode opératoire décrit, expliqué par le DR [REDACTED] était conforme à ce que j'ai eu durant l'opération - Mise en confiance par le DR très appréciée avant, pendant et après

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE Y COMPRIS TEMOIGNAGE VIDEO

l'opérations - Bref, je OUI NON suis très satisfaite de cette opération que je recommande vivement pour celles & ceux qui peuvent la subir.

Très bon accueil des patients -