

NOM : [REDACTED] PRENOM : *Virginie* AGE : *45 ans.*
Commune : *Nanterre* Profession : *Professeur d'EPS*
Date opératoire : *6/07/09* Adresse Mail : [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

* AVANT L'OPERATION : DEGRE DE MYOPIE ? (*à remplir par votre Ophthalmo*)
OD : *+2,50 (-0,75) à 145° 6/10 +1,25*
OG : *+2 (-1,50) à 20° 9/10. +1,25*

* APRES L'OPERATION : RESULTAT VISUEL (*à remplir par votre Ophthalmo*)
OD :
OG : *1 9/10 12 BASCULE presbytie*

- 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

α * L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOULOUREUSE ? OUI NON
 OUI EN PEU OUI TRÈS DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?
RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : *2h.*
RECUPERATION DE LA VISION : *le lendemain matin*

* 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 sereine et bien accompagnée -
Pas de douleurs durant l'intervention -
On dort très bien après et c'est le bonheur !!
P.S. : c'est ma 2° opération (mais pas avec [REDACTED])
la 1° s'étant déroulée il y a 7 ans -
Merci à toute l'équipe !!!*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE.

OUI NON