

NOM : [REDACTED]

PRENOM :

ABINA
Secrétaire

AGE : 53ans

Commune : AREGNÉVIL

Profession :

Date opératoire : 08-03-10 Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :
OG :

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

OD : Bon
OG : Bon

POUEZ-VOUS VOUS DEPLACER SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUEZ-VOUS CONDUIRE SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUEZ-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 jours
RECUPERATION DE LA VISION : immédiat

* 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)

je n'ai pas d'anxiété à faire cette intervention
elle était voulue pour mon moi être et la vie
quotidienne c'est un bonheur de ne plus porter
de lunettes.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON