

NOM : ~~B...~~

PRENOM : *Christiane* AGE : *50 ans*

Commune : *Vigny*

Profession : *Auxiliaire de Prévention*

Date opératoire : *22/01/09*

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 :

OG :

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 : *4 heures*

RECUPERATION DE LA VISION : *4 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)

Un grand merci au Dr ~~C...~~ pour cette intervention et aussi à toute son équipe pour son accueil et son professionnalisme

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

OUI NON