

NOM : [REDACTED]

PRENOM : *Lucas*

AGE : *49*

Commune : *Plessy Belleville*

Profession : *chef d'équipe nettoyage*

Date opératoire : *26/05/09*

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *+4,00 (-0,50) à 172° 0/10 à*

OG : *+4,00 (-0,50) à 178° 0/10 à*

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

OD : *10/10*

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

OUI UN PEU OUI TRÈS DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : *1 h 30*

RECUPERATION DE LA VISION : *1 h 30*

* 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'équipe, du suivi)

35 minutes ne peu être dérangeables, mais quel résultat !

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE.

OUI NON