

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Sidier

AGE : 55 ans

Commune : Bucamps

Profession : Inf. py. nat.

Date opératoire : 04-03-10 Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :
OG : Myopie, astigmatisme, presbytie

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

OD : 3/10 R2 en binoculaire
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 : 2H
RECUPERATION DE LA VISION : En sortant du centre

* 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)

Très bon accueil, disponibilité, explication de la situation pré et post opératoire. L'opération s'est très bien passée avec douceur et rapidité. Vision retrouvée rapidement, pas de douleurs ni ce n'est une petite gêne (un flou qui pouvait être évité).
Dans ce résumé, je le remercie sans problème et remercie toute l'équipe pour son professionnalisme et sa sympathie.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON