

NOM : [REDACTED]

PRENOM : *Jane*

AGE : *53*

Commune : *LA REUNION*

Profession : *Retraite*

Date opératoire : *23.11.2010*

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *+2,25 (-0,25) à 135.*

OG : *+3,75 (-0,50) à 75 + 1,50.*

* 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)

Je recommande vivement l'intervention du Docteur [REDACTED], j'ai retrouvé une vision optimale, Je remercie toute son équipe pour l'accueil et le réconfort apporté.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON