

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Elise

AGE : 31

Commune : Courbevoie

Profession : Cadre

Date opératoire : 30/10/2014

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST TRANSPKR 1 mois

TRANSPKR

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

OD : -4.75 (-1.50 à 10)
OG : -4.75 (-1.50 à 70)

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

OD : 20/10
OG : 10/10 } 12/10 à binoculaire

1/ DOULEUR :

COMBIEN DE TEMPS ONT DURES LES DOULEURS : pas de douleurs

SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10 A COMBIEN EVALUEZ VOUS LA DOULEUR DU 1^{ER} JOUR : 1/10

2/ RECUPERATION VISUELLE

COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS MIS POUR RECUPERER UNE ACUITE SUFFISANTE
POUR TRAVAILLER : 4 Jours
POUR CONDUIRE : 6 Jours

* 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)

- pas de douleur grâce aux médicaments
- J'ai eu des difficultés à supporter la lumière pendant 48h
- Merci à toute l'équipe -

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE DE FACON ANONYME

OUI NON