

NOM :

PRENOM : *Caroline*

AGE : *36 ans*

Commune :

Profession :

Date opératoire : *12/11/2014*

Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST TRANSPKR 1 mois

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

OD : *6,50 (-1,00) à 85'*
OG : *-6,75 (-1,00) à 85'*

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

OD : *10 / 10*
OG : *10 / 10*

1/ DOULEUR :

COMBIEN DE TEMPS ONT DURE LES DOULEURS : *24 heures*

SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10 A COMBIEN EVALUEZ VOUS LA DOULEUR DU 1^{ER} JOUR : *8/10*

2/ RECUPERATION VISUELLE

COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS MIS POUR RECUPERER UNE ACUITE SUFFISANTE

POUR TRAVAILLER : *5 jours*

POUR CONDUIRE : *je ne conduis pas*

* 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 suis contente d'avoir découvert la technique du transphor
Cette opération a changé ma vie enfin voir sans lunette ni
lentille Je pensais que ce n'était pas possible vu mon degré
de myopie*

*Je recommande le Centre Vision Laser De plus, l'accueil
et le suivi ~~sont~~ sont très satisfaisants. On est très bien pris
en charge.*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TMOIGNAGE

OUI NON