

NOM : [REDACTED] PRENOM : *Qualid* AGE : *30ans*
Commune : *95870* Profession : *Commercial*
Date opératoire : *21/07/15* Adresse Mail : [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST TRANSPKR

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

OD : *+0,50(-3,50) à 175°*
OG : *+0,50(-3,75) à 4°*

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

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

1/ DOULEUR :

COMBIEN DE TEMPS ONT DURES LES DOULEURS : *4 jour et demi*

SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10 A COMBIEN EVALUEZ VOUS LA DOULEUR DU 1^{ER} JOUR : *3 à 4 max*

2/ RECUPERATION VISUELLE

COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS MIS POUR RECUPERER UNE ACUIETE SUFFISANTE POUR TRAVAILLER :

POUR CONDUIRE : *10 jours.*

3/ REGRETTEZ VOUS CETTE OPERATION ?

OUI NON

* AUTRE COMMENTAIRE LIBRE (vos premières impressions avec cette nouvelle vision, votre expérience de la Tanspkr, qualité des soins, de l'accueil, du suivi)

Très satisfait des résultats, d'autant plus que ceux-ci sont amenés à évoluer d'avantage.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TMOIGNAGE DE FACON ANONYME

OUI NON