

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Fábio

AGE : 21

Commune :

Profession : Student

Date opératoire : 30/04/15

Adresse Mail : [REDACTED]

**Enquête / QUESTIONNAIRE POST TRANSPKR**

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

OD: -2,25 (-0,25) à 115°  
OG: -2,25

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

OD: 10  
OG: 10

**1/ DOULEUR :**

COMBIEN DE TEMPS ONT DURES LES DOULEURS : 24h

SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10 A COMBIEN EVALUEZ VOUS LA DOULEUR DU 1<sup>ER</sup> JOUR : 9

**2/ RECUPERATION VISUELLE**

COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS MIS POUR RECUPERER UNE ACUITE SUFFISANTE  
POUR TRAVAILLER : 5 days  
POUR CONDUIRE :

**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)**

Although ~~and~~ it hurt more than I expected on the first day, it was 100% worth it from the first time I could go out without my glasses and actually see the city and read the signs without squinting. The process itself was as smooth as could be, I was a little nervous, but the staff really helped calm me down. I would definitely recommend the clinic to anyone like me who can't stand contacts or glasses anymore.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE DE FACON ANONYME

OUI  NON