

NOM : ██████████

PRENOM : Barbara

AGE : 30

Commune : Paris

Profession : cadre

Date opératoire : 03/06/2015

Adresse Mail: ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST TRANSPKR

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

OD : -2,50 (-0,25) à 1°
OG : -2,50 (-0,75) à 155°

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

OD :
OG :

1/ DOULEUR :

COMBIEN DE TEMPS ONT DURES LES DOULEURS : 10h

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

2/ RECUPERATION VISUELLE

COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS MIS POUR RECUPERER UNE ACUITE SUFFISANTE
POUR TRAVAILLER : 4 jours
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)

Très bonne opération. Presque pas de douleur sauf le 1^{er} jour mais plus impressionnant que douloureux.
Equipe très sympathique et très professionnelle.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE DE FACON ANONYME

OUI NON