

## Questionario area degenza ordinaria / D.H.

Egregio Signore, Gentile Signora

Le chiediamo pochi minuti per compilare il presente questionario. Il giudizio che esprimerà ci permetterà di valutare il suo grado di soddisfazione relativamente ai servizi sanitari e non sanitari erogati durante la sua permanenza in Ospedale.

Le sue risposte non solo ci consentiranno di migliorare e/o potenziare ambiti eventualmente carenti ma contribuiranno anche a dare una misura della percezione della qualità sanitaria erogata dall'insieme delle strutture accreditate in Regione Lombardia.

Il questionario è in forma anonima e, una volta compilato, potrà depositarlo nelle apposite cassette.

Grazie per la collaborazione.

*Ospedale Valduce  
Servizio U.R.P.-Ufficio Relazioni con il Pubblico  
Servizio Qualità*

Data compilazione (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ **NEONATOLOGIA**

**D01** Il suo ricovero è avvenuto

- D'urgenza  
 Programmato  
 È un ricovero in day hospital

**QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ? (indicare da 1 a 7)**

**D02** Tempi d'attesa per ottenere il ricovero  
(tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in Ospedale) **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D03** Accoglienza e informazioni ricevute  
sull'organizzazione del reparto  
(orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimenti medici, identificazione dei responsabili delle cure) **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D04** Aspetti strutturali e alberghieri  
(confort della stanza, vitto, pulizia) **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D05** Assistenza del personale infermieristico  
(disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia) **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D06** Assistenza del personale medico  
(disponibilità, cortesia) **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

Uniformità delle informazioni ricevute **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**

**D07** Cure prestate al Suo/a Bimbo/a **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D08** Informazioni ricevute sullo stato di salute  
e sulle cure prestate al Suo/a bimbo/a **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D09** Rispetto della riservatezza personale **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

Informazioni e assistenza in merito  
all'allattamento materno **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D10** Organizzazione dell'ospedale nel suo  
insieme **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D11** Indicazioni fornite dagli operatori sanitari  
su come comportarsi dopo la dimissione  
(riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica,  
abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo) **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D12** Complessivamente quanto è soddisfatto  
della sua esperienza di ricovero? **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D13** Consiglierebbe ad altri questo ospedale? **① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦**  
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

**D14** Sesso M  F

**D15** Età \_\_\_\_\_

**D16** Scolarità

- Nessuna  
 Scuola dell'obbligo  
 Scuola superiore  
 Laurea  
 Italiana  
 Europea  
 Extraeuropea

**D17** Nazionalità

**Osservazioni/Commenti**

---

---

---

---