

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 _____ **PEDIATRIA** _____

- 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

- 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

- 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

- Durante il ricovero i bambini/adolescenti sono stati trattati con tatto e comprensione?
- Sì, da tutto il personale (medici/infermieri)
 Solo da personale Infermieristico
 Solo da personale Medico
 No

- Durante il ricovero sono state adottate tutte le pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico del bambino adolescente?
- Sì, da tutto il personale (medici/infermieri)
 Solo da personale Infermieristico
 Solo da personale Medico
 No

- Il bambino ha avuto a disposizione spazi idonei per il gioco o per lavoretti creativi, seguito da personale specializzato ABIO?
- Sì
 No
 In parte

- Durante il vostro ricovero siete stati invitati a rimanere con il vostro bambino/adolescente senza limitazione di tempo o di orario, mettendovi a disposizione poltrone, bagno, spazio per effetti personali e pranzi?
- Sì
 No
 In parte

D14 Sesso M F **D15** Età _____

- D16** Scolarità
- Nessuna
 Scuola dell'obbligo
 Scuola superiore
 Laurea

- D17** Nazionalità
- Italiana
 Europea
 Extraeuropea

Osservazioni/Commenti

