

	<b>QUESTIONARIO DI GRADIMENTO</b> <b>REPARTO L.P.A. (Lungodegenza Post-Acuzie)</b>	All. 1 – P.O. 40
		Edizione 2
		Rev. 1 del 21/05/204
		Pag.: 1 di 3

Gentile Sig./Sig.ra,

Le chiediamo alcuni minuti del Suo tempo per rispondere alle domande che seguono.

La Direzione della Casa di Cura desidera conoscere le Sue opinioni ed osservazioni sui servizi offerti: il Suo contributo rappresenta un sostegno per migliorare la qualità ed apportare eventuali miglioramenti.

Per rispondere al questionario dovrà barrare la casella corrispondente alla risposta, dove la scala esprime un valore crescente in relazione al gradimento, da 1 a 5, in cui:

**1=molto insoddisfatto e 5=molto soddisfatto**

Le chiediamo, in qualità di **paziente** o di **familiare**, di compilare il questionario qui di seguito in piena libertà, essendo il questionario anonimo, e depositarlo presso la cassetta presente nel reparto.

#### DATI ANAGRAFICI

1) Et : \_\_\_\_\_ 2) Sesso:  F  M 3) Nazionalit :  Italiana  UE  ExtraUE

4) Compilatore:  Paziente  Familiare

5) Data di compilazione: \_\_\_\_\_ 6) Primo ricovero:  S   No

7) Titolo di studio:

Nessuno

Scuola elementare

Scuola media inferiore

Scuola media superiore

Laurea

Altro \_\_\_\_\_

FATTORE DELLA QUALITA'	VALUTAZIONE DA 1 A 5				
<b>1. AMMISSIONE ED ACCOGLIENZA</b>					
Tempo di attesa per ottenere il ricovero	1	2	3	4	5
Informazioni per orientarsi con facilit� all'interno della Casa di Cura	1	2	3	4	5
Cortesia, accoglienza e completezza di informazioni del personale di contatto/accolgienza	1	2	3	4	5
Cortesia, accoglienza e completezza di informazioni del personale di reparto	1	2	3	4	5
Tempi di attesa per la sistemazione in camera	1	2	3	4	5
Completezza delle informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto	1	2	3	4	5
Organizzazione degli orari di visita dei familiari	1	2	3	4	5
<b>2. ASPETTI ALBERGHIERI</b>					
Luminosit� degli spazi comuni interni	1	2	3	4	5
Comfort e cura della camera	1	2	3	4	5
Comfort e cura degli ambienti comuni	1	2	3	4	5
Comfort e cura degli arredi	1	2	3	4	5
Qualit� degli alimenti serviti durante il ricovero	1	2	3	4	5
Quantit� degli alimenti serviti durante il ricovero	1	2	3	4	5
Variet� degli alimenti serviti durante il ricovero	1	2	3	4	5

	<b>QUESTIONARIO DI GRADIMENTO REPARTO L.P.A. (Lungodegenza Post-Acuzie)</b>	All. 1 – P.O. 40
		Edizione 2
		Rev. 1 del 21/05/204
		Pag.: 2 di 3

Pulizia camera (ricompreso il bagno di servizio)	1	2	3	4	5
Pulizia spazi comuni	1	2	3	4	5
<b>3. ASSISTENZA DEL PERSONALE MEDICO</b>					
Gentilezza e disponibilità del personale medico	1	2	3	4	5
Completezza delle informazioni sullo stato di salute, esami, cure e trattamento	1	2	3	4	5
Capacità di ascolto del personale medico	1	2	3	4	5
Competenza nell'eseguire visite/controlli	1	2	3	4	5
Orari di ricevimento del personale medico	1	2	3	4	5
<b>4. ASSISTENZA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO</b>					
Gentilezza e disponibilità del personale infermieristico	1	2	3	4	5
Sollecitudine/tempestività nell'assistenza	1	2	3	4	5
Capacità di ascolto del personale infermieristico	1	2	3	4	5
Chiarezza/facilità di dialogo	1	2	3	4	5
Competenza nell'eseguire le operazioni di assistenza	1	2	3	4	5
Grado di riservatezza	1	2	3	4	5
<b>5. ASSISTENZA DEL PERSONALE O.S.S.</b>					
Gentilezza e disponibilità del personale O.S.S.	1	2	3	4	5
Sollecitudine/tempestività nell'assistenza	1	2	3	4	5
Capacità di ascolto	1	2	3	4	5
Chiarezza/facilità di dialogo	1	2	3	4	5
Competenza nell'eseguire le operazioni di assistenza	1	2	3	4	5
Grado di riservatezza	1	2	3	4	5
<b>6. ASSISTENZA DEL PERSONALE RIABILITATIVO (FISIOTERAPISTA)</b>					
Gentilezza e disponibilità del personale riabilitativo	1	2	3	4	5
Competenza nell'eseguire le operazioni di assistenza	1	2	3	4	5
Grado di riservatezza	1	2	3	4	5
<b>7. ASPETTI GENERALI RELATIVI AL RICOVERO</b>					
Informazioni sulla persona a cui rivolgersi in caso di problemi durante la degenza	1	2	3	4	5
Adeguate informazioni sul Suo stato di salute	1	2	3	4	5
Completezza e chiarezza delle informazioni su cosa fare dopo la dimissione	1	2	3	4	5
Sostegno per i familiari	1	2	3	4	5
<b>8. ALTRE CONSIDERAZIONI SUGLI ASPETTI DEL RICOVERO</b>					
Ha avuto problemi con gli altri pazienti della sua stanza?	Sì		No		
Se _____, sì, _____, specificare:					

