



QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DEI PARENTI DEI PAZIENTI DEGENTI PRESSO L'U.O.C. DI ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE

Gentile Signora/e,
 chiediamo gentilmente la sua collaborazione nel rispondere alle domande di questo questionario. Le sue osservazioni ci aiuteranno a migliorare il nostro lavoro. Il questionario è anonimo e dei dati sarà fatto uso esclusivamente statistico.

La ringraziamo fin d'ora della collaborazione.

La Direzione dell'ospedale

1. **Quando è arrivato/a in reparto, le sono state date informazioni sulle regole e gli orari vigenti (visite, orari di colloquio con i medici...)?**

- Tutte le informazioni
 Abbastanza informazioni
 Poche informazioni
 Non ho avuto bisogno di informazioni

2. **Ritiene utile l'opuscolo di accoglienza che Le è stato consegnato?**

- Molto
 Abbastanza
 Sufficientemente
 Poco
 Per nulla

3. **Come giudica il rispetto della riservatezza/privacy nei colloqui con il personale sanitario?**

- Molto
 Buono
 Così così
 Non tanto buono
 Per niente buono

4. **Come valuta l'orario di visita dei parenti rispetto alle Sue esigenze?**

- Molto
 Buono
 Così così
 Non tanto buono
 Per niente buono

Se non buono che cosa propone? _____

5. **Come valuta il numero di familiari che possono entrare durante l'orario di visite?**

- Molto
 Buono
 Così così
 Non tanto buono
 Per niente buono

Se non buono che cosa propone? _____

6. **Ritiene che la possibilità di un supporto psicologico possa essere utile a Lei o ai suoi familiari?**

- Molto
 Abbastanza
 Sufficientemente
 Poco
 Per nulla

7. **Le sono state date informazioni sulle condizioni del Suo parente?**

- Molto
 Abbastanza
 Sufficientemente
 Poco
 Per nulla



8. Lei pensa che il personale sanitario abbia fatto tutto il possibile per alleviare il dolore del suo parente?

- Molto Abbastanza Sufficientemente Poco Per nulla

9. Avrebbe voluto essere più coinvolto nelle decisioni relative alla cura del Suo parente?

- Molto Abbastanza Sufficientemente Poco Per nulla

10. Quali sono le situazioni che le hanno creato maggiore disagio nel reparto?

- Entrare da soli Indossare il camice per entrare Mancanza di informazioni
 Ricevere informazioni in un luogo non idoneo Mancanza rispetto della riservatezza Impatto con la struttura

11. Durante la visita, in caso di dubbi o problemi, ha trovato disponibilità nel personale medico/infermieristico?

- Molto Abbastanza Sufficientemente Poco Per nulla

12. Come valuta il livello di cortesia del personale medico?

- Ottimo Buono Discreto Sufficiente Pessimo

13. Come valuta il livello di cortesia del personale infermieristico?

- Ottimo Buono Discreto Sufficiente Pessimo

14. Quando ha chiesto delle cose che lei riteneva importanti ad un medico, ad un infermiere o ad un oss, ha avuto delle risposte comprensibili?

- Sempre Qualche volta Raramente Mai

15. Ritiene che il suo familiare sia stato trattato con rispetto e dignità?

- Molto Abbastanza Sufficientemente Poco Per nulla

16. Ha fiducia nel personale che ha in cura il suo familiare?

- Molta fiducia Abbastanza fiducia Poca fiducia Nessuna fiducia

17. Usando un numero qualsiasi tra 0 e 10 , dove 0 corrisponde al giudizio più negativo possibile e 10 al giudizio più positivo possibile, che voto darebbe al personale sanitario che si è occupato del suo familiare? (metta una crocetta su un numero)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Usando un numero qualsiasi tra 0 e 10 , dove 0 corrisponde al giudizio più negativo possibile e 10 al giudizio più positivo possibile, che voto darebbe alla qualità dell'assistenza fornita? (metta una crocetta su un numero)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


DATI DEMOGRAFICI (di chi compila il questionario)

Sesso M F

Età in anni compiuti: _____

Grado di parentela/legame con il paziente:

- Figlio
 Coniuge
 Fratello/sorella
 Padre/madre
 Nipote
 Altro _____

Grado di istruzione:

- Scuola elementare
 Scuola media
 Diploma professionale
 Diploma di maturità
 Laurea

Attività lavorativa:

- Lavoratore/lavoratrice autonomo/a
 Lavoratore/lavoratrice Dipendente
 Studente
 Casalinga
 Pensionato/a
 Dissocupato/a

Per quanti giorni il suo familiare è rimasto ricoverato in Terapia Intensiva? |__|__|

Data di compilazione: __/__/____

Commenti suggerimenti:

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE