

**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Arcispedale S. Anna di Ferrara**

## **Questionario di valutazione dei servizi di ricovero e cura in ospedale**

**Gentile Signore/a**

Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione sulla qualità dell'assistenza ospedaliera ricevuta.

La informiamo che il questionario rimarrà anonimo, non sarà in alcun modo possibile risalire alle Sue generalità.







Nell'esprimere le Sue valutazioni sull'assistenza ricevuta faccia riferimento alla **degenza in questo reparto.**

 **INIZIO**

**Chi compila il questionario:**

  paziente   familiare


**Età ( di chi risponde )**

  fino a 26 anni   26-35 anni   36-45 anni  
  46-55 anni   56-65 anni   oltre 65 anni

**Sesso ( di chi risponde )**

  m   f

**Giorni di ricovero ( paziente )**

  1   2   3-4  
  5-7   8-14   15 e oltre

**Accesso**

**1.1 Come è avvenuto il suo ricovero?**

  emergenza   ricovero programmato

## **Accoglienza**

**2.1 Le è stato consegnato del materiale informativo sul reparto?**



no

foglio informativo



carta dei servizi

altro.....

**2.2 Le hanno fornito informazioni circa le regole e gli orari del reparto?**



si, molto dettagliate

no



si, approssimative

**2.3 Durante la degenza è stato spostato in altre camere?**



si, una volta

no



si, più di una volta

**2.4 Ha dovuto condividere la stanza con persone dell'altro sesso?**



si



no

**2.5 Il personale del reparto è stato cordiale e cortese nei suoi confronti?**



si, sempre



si, a volte



no, mai

## **Prestazione**

**3.1 I medici la informavano in modo chiaro sul suo percorso di degenza?**



si, molto chiaro

no, poco chiaro



si, chiaro

nessuna informazione

**3.2 Ha avuto fiducia verso i medici che la seguivano?**



si, sempre



si, a volte



no, mai

**3.3 Le è capitato che il personale parlasse di fronte a Lei come se non ci fosse?**



si, sempre



si, a volte



no, mai

**3.4 E' stato coinvolto nelle decisioni sanitarie che la riguardavano?**



si, sempre



si, a volte



no, mai

## **Confort**

### **4.1 Le è capitato di essere disturbato da rumori durante la notte?**



si, da altri pazienti

si, da.....



si, dal personale

no, mai

### **4.2 Le è capitato di trovare i bagni in pessimo stato di pulizia?**



si, sempre



si, a volte



no, mai

## **Dimissione**

*(compilare questa parte mentre si esce dal reparto)*

### **5.1 Al momento della dimissione le hanno fornito informazioni chiare sulla convalescenza a casa?**



si, molto chiare

no, poco chiare



si, chiare

nessuna informazione

### **5.2 Le sono state fornite informazioni chiare sui farmaci da prendere a casa?**



si, molto chiare

no, poco chiare































































si, chiare

nessuna informazione

**Esprima un giudizio sulla Sua degenza**

(1=insufficiente 6=ottimo)

A) efficienza e organizzazione del reparto	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6
B) accoglienza	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6
C) informazioni sul reparto	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6
D) rapporto con gli infermieri	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6
E) informazione medica	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6
F) rapporto con i medici	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6
G) qualità dei pasti	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6
H) confort delle camere	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6
I) igiene nel reparto	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6
M) cure ricevute	 <input type="checkbox"/> 1	 <input type="checkbox"/> 2	 <input type="checkbox"/> 3	 <input type="checkbox"/> 4	 <input type="checkbox"/> 5	 <input type="checkbox"/> 6

*Le sue parole sono importanti, commenti la sua esperienza in questo reparto:*

---



---



---



---



---