



**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.**

Chi compila il questionario:

Paziente

Familiare

Età (di chi risponde) _____

Sesso (di chi risponde) _____

Giorni di ricovero (paziente) N° _____

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
- Carta dei servizi
- Foglio informativo
- Altro

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

- Sì, molto dettagliate
- Sì, approssimative
- No

2.3 Durante la degenza è stato spostato in altre camere?

- Sì, una volta
- Sì, più di una volta
- No

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

- Sì
- No

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

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No, mai

Prestazione

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

- Sì, molto chiaro
- Sì, chiaro
- No, poco chiaro
- Nessuna informazione

3.2 Ha avuto fiducia verso i medici che la seguivano?

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No, mai

- 3.3 **Le è capitato che il personale parlasse di fronte a Lei come se non ci fosse?**
- Sì, sempre
 - Sì, a volte
 - No, mai
- 3.4 **E' stato coinvolto nelle decisioni sanitarie che la riguardavano?**
- Sì, sempre
 - Sì, a volte
 - No, mai

Confort

- 4.1 **Le è capitato di essere disturbato da rumori durante la notte?**
- Sì, da altri pazienti
 - Sì, dal personale
 - Sì, da.....
 - No, mai
- 4.2 **Le è capitato di trovare i bagni in pessimo stato di pulizia?**
- Sì, sempre
 - Sì, 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?**
- Sì, molto chiare
 - Sì, chiare
 - No, poco chiare
 - Nessuna informazione
- 5.2 **Le sono state fornite informazioni chiare sui farmaci da prendere a casa?**
- Sì, molto chiare
 - Sì, chiare
 - No, poco chiare
 - Nessuna informazione

Esprima un giudizio sulla Sua degenza

(1=insufficiente 6=ottimo)

A) Efficienza e organizzazione del reparto	1	2	3	4	5	6
B) Accoglienza	1	2	3	4	5	6
C) Informazioni sul reparto	1	2	3	4	5	6
D) Rapporto con gli Infermieri	1	2	3	4	5	6
E) Informazione medica	1	2	3	4	5	6
F) Rapporto con i Medici	1	2	3	4	5	6
G) Qualità dei pasti	1	2	3	4	5	6
H) Confort delle camere	1	2	3	4	5	6
I) Igiene nel reparto	1	2	3	4	5	6
M) Cure ricevute	1	2	3	4	5	6

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