



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



Università degli Studi 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.

Compilare il questionario **annerendo** il quadratino (utilizzare una penna nera).

1 Chi compila il questionario:

- paziente familiare

2 Età (di chi risponde)

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

3 Sesso (di chi risponde)

- M F

4 Giorni di ricovero (paziente)

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

Accesso

5 Come è avvenuto il suo ricovero?

- Emergenza Ricovero programmato

Accoglienza

5 Le è stato consegnato del materiale informativo sul reparto?

- No
- Carta dei servizi
- Foglio informativo
- Altro

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

- Sì, molto dettagliate
- Sì, approssimative
- No

6 Durante la degenza è stato spostato in altre camere?

- Applicabile
- Non applicabile in questo Reparto

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

- Sì
- No

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

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No, mai

Prestazione

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

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

12 Ha avuto fiducia verso i medici che la seguivano?

- Sì, sempre
- Sì, a volte

- No, mai

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

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No, mai

14 E' stato coinvolto nelle decisioni sanitarie che la riguardavano?

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No, mai

La Gestione del Dolore

15 Durante il ricovero ha ricevuto informazioni sul trattamento del dolore fisico?

- Sì, in maniera chiara
- Sì, in maniera poco chiara
- No, non ho ricevuto informazioni

16 Durante il ricovero ha avuto un dolore fisico?

- No, non ho provato dolore
- Sì e non ho ricevuto terapia
- Sì, ho ricevuto terapia ma non era efficace
- Sì e ho ricevuto terapia efficace

Confort

17 Le è capitato di essere disturbato da rumori durante la notte?

- Sì, da altri pazienti
- Sì, dal personale
- Sì, da.....
- No, mai

18 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)

19 Al momento della dimissione le hanno fornito informazioni chiare sulla convalida a casa?

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

20 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)

| | | | | | | | |
|----|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 21 | 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 |
| 22 | 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 |
| 23 | 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 |
| 24 | 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 |
| 25 | 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 |
| 26 | 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 |
| 27 | 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 |
| 28 | 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 |
| 29 | 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 |
| 30 | 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 |
| 31 | Giudizio complessivo sul periodo trascorso in ospedale | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

32 Reparto di Degenza:

- ORL
- AUDIOLOGIA
- MAXILLO-FACCIALE
- OCULISTICA

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