



QUESTIONARIO RICOVERI

POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO

Gentile Signora/Signore,

Il Suo contributo è molto importante per poter migliorare i nostri servizi e rispondere sempre al meglio alle esigenze dei pazienti. Le chiediamo qualche minuto del Suo tempo per la compilazione del seguente questionario (in forma anonima) barrando con una **X** la casella che meglio esprime il Suo giudizio.

La scala di valutazione va da 1 a 5: **1 = per niente soddisfatto; 5 = molto soddisfatto**

Usare una penna di colore nero o blu.

Grazie per la Sua collaborazione.

Data / /

Reparto di degenza

- DAY HOSPITAL DAY SURGERY RIABILITAZIONE I EST I OVEST
 II EST II OVEST III EST III OVEST IV EST/OVEST

Unità Operativa

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Oftalmologia |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Ematologia | <input type="checkbox"/> Oncologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia a degenza breve | <input type="checkbox"/> Endoscopia Digestiva | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Bariatrica | <input type="checkbox"/> Epatologia | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia dell'arto sup. e inf. | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Fisiatria |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Geriatrica | <input type="checkbox"/> Ginecologia | <input type="checkbox"/> Senologia |
| <input type="checkbox"/> Chir. Plastica Ricostr. ed Estetica | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Terapia del dolore |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Urologia |

- Regime S.S.N. Solvente Intramoenia Assicurato
- Sesso M F
- Età 18-30 31-50 51-70 Oltre 70
- Professione Impiegato Disoccupato Libero Professionista Altro/Pensionato
- Scolarità Laurea Scuola Superiore Scuola dell'obbligo Altri titoli
- Residenza Lazio Nord Italia Centro Italia Sud Italia
 Estero

È il primo ricovero presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico? Sì No

Come è venuto a conoscenza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Su segnalazione di un conoscente/parente | <input type="checkbox"/> Su consiglio del medico curante |
| <input type="checkbox"/> Attraverso mezzi d'informazione (giornali, TV, radio) | <input type="checkbox"/> Su www.policlinicocampusbiomedico.it |
| <input type="checkbox"/> A seguito di trasferimento da un'altra struttura | <input type="checkbox"/> Altro |



Per esprimere il suo livello di gradimento attribuisca un valore da 1 a 5 ad ogni risposta:

1 - per niente soddisfatto 2 - poco soddisfatto 3 - abbastanza soddisfatto 4 - soddisfatto 5 - molto soddisfatto

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Nel complesso quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico?	<input type="checkbox"/>									

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

Per favore esprima una sua valutazione per ogni aspetto.

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Accettazione e Organizzazione (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>									

- 1.1 Cortesia e disponibilità degli operatori all'accettazione
- 1.2 Tempi di attesa e disbrigo pratiche in ingresso
- 1.3 Tempo di attesa tra la pre-ospedalizzazione e il ricovero
- 1.4 Chiarezza della segnaletica all'interno del Policlinico Universitario

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Assistenza Medica (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>									

- 2.1 Professionalità e attenzione dedicata durante il ricovero
- 2.2 Reperibilità e disponibilità del suo medico di riferimento verso di lei e verso i suoi familiari
- 2.3 Chiarezza e tempestività nel fornire informazioni sulle cure e sullo stato di salute
- 2.4 Tutela della riservatezza e della privacy durante le visite

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Assistenza Infermieristica e altro personale sanitario (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>									

- 3.1 Professionalità e competenza mostrate durante le procedure assistenziali
- 3.2 Presenza e disponibilità delle infermiere e del personale sanitario
- 3.3 Attenzione e cura alle esigenze del paziente
- 3.4 Tutela della riservatezza e della privacy durante le procedure

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Servizi e Comfort alberghiero (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>									

- 4.1 Qualità e pulizia degli ambienti
- 4.2 Tranquillità e silenziosità dei reparti
- 4.3 Qualità e varietà del menù

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Assistenza Religiosa (se richiesta)	<input type="checkbox"/>									

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Post degenza (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>									

- 6.1 Chiarezza delle informazioni ricevute al momento della dimissione
- 6.2 Facilità nel ricontattare la struttura ed il medico di riferimento dopo la dimissione
- 6.3 Servizio di assistenza sociale (se usufruito)

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Altre informazioni	<input type="checkbox"/>									

- 7.1 Quanto è soddisfatto della professionalità e disponibilità dei medici specializzandi?
- 7.2 Quanto è soddisfatto della presenza e relazione con gli studenti durante la sua degenza?

Consiglierebbe questo ospedale ad altri?

Assolutamente no					Assolutamente si				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									