

ALLEGATO 6 Questionario di Gradimento

Paziente Riabilitazione

Gentile Utente o familiare,
al fine di venire incontro, sempre di più, alle Sue esigenze/aspettative abbiamo predisposto un sistema di misurazione del livello di soddisfazione dei nostri Utenti.

Di seguito è riportata una griglia di valutazione che Le chiediamo cortesemente di compilare, indicando il Suo livello di soddisfazione e l'importanza delle caratteristiche dei servizi erogati dal Centro.

	Si ritiene soddisfatto circa:	per nulla soddisfatto	poco soddisfatto	soddisfatto	Molto soddisfatto
Fase di prenotazione	1. Informazione relative ai servizi offerti (POSSIBILITÀ DI VISITE SPECIALISTICHE, ORARI, CONDIZIONI, ACCOMPAGNAMENTI ECC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Tempi di attesa per la prenotazione degli interventi riabilitativi	<input type="checkbox"/> > 9 g	<input type="checkbox"/> < 9 g	<input type="checkbox"/> < 7 g	<input type="checkbox"/> < 4 g
Fase di attesa	3. Condizioni di accesso: Cortesia e disponibilità, accoglienza della sala d'attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Tempi di attesa per l'esecuzione degli interventi di riabilitazione	<input type="checkbox"/> > 30 min	<input type="checkbox"/> < 30 min	<input type="checkbox"/> < 20 min	<input type="checkbox"/> < 15 min
Fase di assistenza sanitaria	5. Chiarezza delle informazioni sugli effetti degli interventi riabilitativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Cortesia e disponibilità degli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Assistenza al termine di un programma riabilitativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fase di prestazione sanitaria	8. Dotazioni della struttura (box, apparecchiature, materiali, spazi, aree)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Pulizia ed igiene della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Miglioramento percepito al termine dei Programmi riabilitativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fase di dimissione o partecipazione	11. rispetto privacy e dignità umana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Chiarezza e disponibilità questionari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Semplicità raccolta suggerimenti o reclami, risposte a reclami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Pubblicizzazione risultati indagini utenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le è capitato di aver dimenticato di segnalare al personale sanitario qualche informazione che poi si è rivelata importante?

È capitato per caso a Lei o a qualche altro paziente di cadere in presenza del fisioterapista? Se sì, per quale motivo?

<hr/> <hr/> <p>È capitata qualche situazione per cui le è stata modificata la cura?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Che cosa ritiene potrebbero fare i pazienti per aiutare il personale a migliorare ulteriormente le cure e la sicurezza?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Che cosa pensa che potrebbe essere utile fare per Ambulatorio Melandro per migliorare la qualità e la sicurezza del paziente?</p> <hr/> <hr/> <hr/>

ETÀ _____ SESSO M F PRIMA VOLTA AL CENTRO _____ SI NO

NOME E COGNOME (FACOLTATIVO)

FIRMA (FACOLTATIVA)

DATA (OBBLIGATORIA): __/__/__