CASA DI CURA S. CAMILLO	QUESTIONARIO DI GRADIMENTO UO CURE DI SUPPORTO/CURE PALLIATIVE	R/007-05 REV 0 PAG di 1/2

Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente di dedicare pochi minuti a parlarci della sua esperienza presso questa **Struttura**, con lo scopo di migliorare la qualità di assistenza fornita dai Servizi erogati. Le chiediamo cortesemente di collaborare alla presente indagine esprimendo la **Sua personale opinione** sul servizio di cui ha usufruito. Le ricordiamo che **non ci sono risposte giuste o sbagliate**, ma siamo interessati unicamente al suo punto di vista. Le garantiamo inoltre la **riservatezza e l'anonimato delle Sue risposte**: saranno elaborate in modo che nessuno potrà collegarle a Lei che ce le ha fornite.

E' prevista la possibilità che un parente, conoscente o chi accompagna il paziente assista o compili al posto del paziente, nel caso quest'ultimo sia fisicamente o cognitivamente impossibilitato a farlo autonomamente. In tal caso si sottolinea il fatto che le domande presenti nel questionario sono sempre riferite a chi ha usufruito della prestazione, ossia al paziente in persona.

La ringraziamo per la sua gentile collaborazione.

Aspetti della qualità del servizio ricevuto					
Chiarezza delle informazioni fornite dal personale sanitario	Pessimo ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buono ☐	Ottimo ☐
Attenzione del personale nei suoi confronti	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Informazioni sui trattamenti clinici	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Terapia per il controllo del dolore (se ricevuta)	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Terapia per il controllo di "altri" sintomi: nausea, agitazione, difficoltà respiratori, etc. (se ricevuta)	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Disponibilità del personale infermieristico a fornire prontamente l'assistenza con cortesia e rispetto	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Rispetto della riservatezza/privacy	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Attenzione all'igiene personale	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Attenzione alle necessità di cura all'aspetto estetico (parrucchiere/barbiere, etc.)	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Disponibilità del personale medico	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Disponibilità del personale infermieristico	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Disponibilità del personale OSS	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐

Supporto psicologico ricevuto (se richiesto)	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Supporto fisioterapico (se ricevuto)	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Supporto spirituale ricevuto (se richiesto)	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Aspetto delle strutture del Reparto: condizioni dei mobili e funzionamento accessori	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Qualità del cibo: gradevolezza, temperatura e servizio *(se fruito)*	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
Pulizia ed igiene del Reparto	Pessima ☐	Insufficiente ☐	Sufficiente ☐	Buona ☐	Ottima ☐
ESPRIMA UN GIUDIZIO COMPLESSIVO SUL SERVIZIO (1= pessimo, 10= ottimo)	1 2	3 4	5 6	7 8	9 10

Suggerimenti_____

_____

_____

Il questionario è stato compilato:

☐ direttamente dal paziente ☐ dal paziente con l'aiuto di un familiare, conoscente ☐ da un familiare o conoscente del paziente

B. Genere del paziente: ☐ M ☐ F

C. Età ..... (anni)

D. Nazionalità: ☐ italiana ☐straniera

E. Professione

☐occupato

☐in cerca di occupazione

☐casalinga

☐studente

☐inabile al lavoro

☐pensionato

☐altro (*specificare*_____)

F. Data di compilazione _____