

QUESTIONARIO GRADIMENTO UTENTI

Ente Gestore B. Braun Milano S.p.A.

Unità Operativa C-dom

Data compilazione ____ / ____ / 20__

Gentile signora/e, le chiediamo di dedicare qualche minuto per rispondere, in maniera del tutto anonima, ad alcune domande che permetteranno di capire se è rimasto/a soddisfatto/a del servizio di Cure Domiciliari e quali sono le aree che necessitano un miglioramento.

INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO				
	<input type="checkbox"/> familiare	<input type="checkbox"/> colf/badante	<input type="checkbox"/> paziente	<input type="checkbox"/> altro
SESSO	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	Età in anni _____	
NAZIONALITA'	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> extracomunitaria	
SCOLARITA'	<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> scuola obbligo	<input type="checkbox"/> scuola sup.	<input type="checkbox"/> laurea/altro
PROFESSIONE	<input type="checkbox"/> casalinga <input type="checkbox"/> artigiano	<input type="checkbox"/> operaio <input type="checkbox"/> commerciante	<input type="checkbox"/> impiegato <input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> dirigente <input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> altro
ACCOGLIENZA				
1. COME VALUTA L'ACCESSO AL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI IN QUANTO A CORTESIA E DISPONIBILITA'?				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
2. DOPO QUANTI GIORNI È STATO FISSATO IL PRIMO COLLOQUIO/CONTATTO TELEFONICO PER AVVIARE IL PROGRAMMA DI CURE DOMICILIARI?				
OLTRE 15 GG <input type="checkbox"/>	TRA 6 E 15 GG <input type="checkbox"/>	TRA 2 E 5 GG <input type="checkbox"/>	MENO DI 2 GG <input type="checkbox"/>	
3. È SODDISFATTO DEL TEMPO CHE E' INTERCORSO TRA IL PRIMO COLLOQUIO/CONTATTO TELEFONICO E L'INIZIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILIARE?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
ASSISTENZA MEDICA ED INFERMIERISTICA				
4. DURANTE IL PERIODO DI CURA ERA INFORMATO SU QUALI ERANO GLI OPERATORI SANITARI (Medico, infermiere, OSS,...) DEDICATI ALLE CURE DEL MALATO?				
MAI <input type="checkbox"/>	SI, A VOLTE <input type="checkbox"/>	SI, SPESSO <input type="checkbox"/>	SI, SEMPRE <input type="checkbox"/>	
QUALI OPERATORI SONO STATI ATTIVATI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA?				
INFERMIERE <input type="checkbox"/>	OSS <input type="checkbox"/>	FISIOTERAPISTA <input type="checkbox"/>	MEDICO SPECIALISTA <input type="checkbox"/>	
5. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, ecc...)?				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
6. COME VALUTA LA FREQUENZA DELLE VISITE DOMICILIARI RISPETTO ALLE NECESSITA' DEL MALATO?				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>

7. IN CASO DI CHIAMATA URGENTE, COME VALUTA LA TEMPESTIVITA' DI RISPOSTA ALLA CHIAMATA DA PARTE DEGLI OPERATORI?				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
8. È SODDISFATTO DELLE INDICAZIONI FORNITE SU COME UTILIZZARE A DOMICILIO FARMACI E PRESIDI?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
9. È SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI E DEI CONSIGLI RICEVUTI IN MERITO A COME ALIMENTARE, MUOVERE, CURARE L'IGIENE PERSONALE, ASSISTERE IL MALATO?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
10. COME HA VALUTATO LE MODALITA' E I TEMPI DI FORNITURA DI CARROZZINE, MATERASSI ANTIDECUBITO ETC?				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
Non ne ho fatto uso <input type="checkbox"/>				
11. DURANTE IL PERIODO DI ASSISTENZA DOMICILIARE HA AVUTO NECESSITA' DI RICORRERE AD ALTRI SERVIZI DI ASSISTENZA?				
SI <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> GUARDIA MEDICA <input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO			NO <input type="checkbox"/>	
12. IN CASO DI EVENTUALI ASSENZE E/O CAMBIO OPERATORE DI RIFERIMENTO, L'ASSISTENZA È SEMPRE STATA GARANTITA SECONDO LA PIANIFICAZIONE?				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
13. DAL PUNTO DI VISTA DEI RAPPORTI UMANI È RIMASTO SODDISFATTO DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
14. IN GENERALE COME VALUTA IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>

Se lo desidera può darci dei suggerimenti per rendere più efficace il nostro operato: ad esempio, se potesse, che cosa cambierebbe nel nostro servizio?

Grazie per la collaborazione, le sue valutazioni saranno utili a migliorare la qualità dei nostri servizi.