

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 COMPIGA 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 _____		
NAZIONALITÀ	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> extracomunitaria		
SCOLARITÀ	<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 DISPONIBILITÀ?	<input type="checkbox"/> SCARSO	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> DISCRETO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> OTTIMO
2. DOPO QUANTI GIORNI È STATO FISSATO IL PRIMO COLLOQUIO/CONTATTO TELEFONICO PER AVVIARE IL PROGRAMMA DI CURE DOMICILIARI?	<input type="checkbox"/> 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	
3. È SODDISFATTO DEL TEMPO CHE È INTERCORSO TRA IL PRIMO COLLOQUIO/CONTATTO TELEFONICO E L'INIZIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILIARE?	<input type="checkbox"/> PER NULLA	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> ABBASTANZA	<input type="checkbox"/> MOLTO	
ASSISTENZA MEDICA ED INFERNIERISTICA					
4. DURANTE IL PERIODO DI CURA ERA INFORMATO SU QUALI ERANO GLI OPERATORI SANITARI (Medico, infermiere, OSS....) DEDICATI ALLE CURE DEL MALATO?	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> SI, A VOLTE	<input type="checkbox"/> SI, SPESO	<input type="checkbox"/> SI, SEMPRE	
QUALI OPERATORI SONO STATI ATTIVATI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA?	<input type="checkbox"/> INFERMIERE	<input type="checkbox"/> OSS	<input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA	
5. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, ecc...)?	<input type="checkbox"/> SCARSO	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> DISCRETO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> OTTIMO
6. COME VALUTA LA FREQUENZA DELLE VISITE DOMICILIARI RISPETTO ALLE NECESSITÀ DEL MALATO?	<input type="checkbox"/> SCARSO	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> DISCRETO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> OTTIMO

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

11. DURANTE IL PERIODO DI ASSISTENZA DOMICILIARE HA AVUTO NECESSITA' DI RICORRERE AD ALTRI SERVIZI DI ASSISTENZA?

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 118	<input type="checkbox"/> GUARDIA MEDICA	<input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO		

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.