

GIUDIZIO COMPLESSIVO

Barrare con una X



Osservazioni e suggerimenti:

Ufficio Relazioni con il Pubblico
Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO)
Tel. 055 32697821 urp@ispo.toscana.it
Edizione Settembre 2017

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Gentile Signora, Gentile Signore,

l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) desidera conoscere quanto siano soddisfatti gli utenti che hanno usufruito dei servizi ambulatoriali al fine di poterli migliorare anche sulla base dei Suoi bisogni ed aspettative.

Il questionario che proponiamo è **anonimo** e queste informazioni saranno elaborate nel pieno rispetto della sua privacy.

La preghiamo pertanto di compilarlo con attenzione e di inserirlo nell'apposito contenitore dell'URP collocato all'ingresso della struttura.

LA RINGRAZIAMO PER LE IMPORTANTI INFORMAZIONI CHE CI STA FORNENDO

Sesso F M Età

Provenienza Firenze e Provincia Fuori Provincia Altra Regione

Nazionalità Italiana Altra _____

Tipo di prestazione effettuata: _____

Ambulatorio n° _____ Data _____

Le chiediamo di esprimere il suo giudizio barrando con una X la risposta in una scala che va da **1 a 4**

Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
1	2	3	4

1. PERSONALE DELL'ACCETTAZIONE				
Informazione ricevuta	1	2	3	4
Gentilezza e cortesia nel rapporto	1	2	3	4

2. SERVIZI GENERALI				
Pulizia e comfort della sala d'attesa	1	2	3	4
Pulizia e comfort dell'ambulatorio	1	2	3	4

3. PERSONALE MEDICO					
Chiarezza sulle informazioni ricevute in merito alle sue condizioni di salute	1	2	3	4	
Ha ricevuto indicazioni complete per gestire l'eventuale terapia prescritta	NON NECESSARIE	1	2	3	4
Adeguatezza del tempo dedicato	1	2	3	4	
Condivisione del percorso di cura	1	2	3	4	
Gentilezza e cortesia nel rapporto	1	2	3	4	
Le informazioni essenziali le sono state fornite per iscritto	SI	NO			
Le è stato indicato il nome del medico di riferimento che ha effettuato la prestazione	SI	NO			

4. PERSONALE TECNICO-INFERMIERISTICO (Infermiere, Operatore Socio Sanitario, Ostetrica, Tecnico di Radiologia, Fisioterapista) - DA COMPIRE SE PRESENTE -														
Chiarezza sulle informazioni ricevute in merito alla prestazione ricevuta														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Infermiere</th> <th>Op. socio-s.</th> <th>Ostetrica</th> <th>Tecnico Rad.</th> <th>Fisioterap.</th> </tr> <tr> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> </tr> </thead> </table>					Infermiere	Op. socio-s.	Ostetrica	Tecnico Rad.	Fisioterap.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Infermiere	Op. socio-s.	Ostetrica	Tecnico Rad.	Fisioterap.										
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4										
Disponibilità all'ascolto														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Infermiere</th> <th>Op. socio-s.</th> <th>Ostetrica</th> <th>Tecnico Rad.</th> <th>Fisioterap.</th> </tr> <tr> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> </tr> </thead> </table>					Infermiere	Op. socio-s.	Ostetrica	Tecnico Rad.	Fisioterap.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Infermiere	Op. socio-s.	Ostetrica	Tecnico Rad.	Fisioterap.										
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4										

(Continua: 4. PERSONALE TECNICO-INFERMIERISTICO)														
Gentilezza e cortesia nel rapporto														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Infermiere</th> <th>Op. socio-s.</th> <th>Ostetrica</th> <th>Tecnico Rad.</th> <th>Fisioterap.</th> </tr> <tr> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> <th>1 2 3 4</th> </tr> </thead> </table>					Infermiere	Op. socio-s.	Ostetrica	Tecnico Rad.	Fisioterap.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Infermiere	Op. socio-s.	Ostetrica	Tecnico Rad.	Fisioterap.										
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4										
Le è stato indicato il nome dell'infermiere/tecnico di riferimento che ha effettuato la prestazione			NON NECESSARIO	SI NO										

5. CONCORDANZA DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE				
Ha ricevuto informazioni sul suo stato di salute da più di un operatore?			SI	NO
Se SI, le informazioni ricevute dai diversi sanitari sono state concordanti			1	2 3 4

6. PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE				
Ha effettuato un intervento di piccola chirurgia? (in Dermatologia o in Endoscopia)			SI	NO
Se SI, le sono stati spiegati in maniera chiara i rischi potenziali dell'intervento			1	2 3 4

7. CONTROLLO DEL DOLORE				
Ha percepito dolore durante la prestazione?			SI	NO
Se SI, i sanitari hanno fatto il possibile per calmarlo			1	2 3 4

8. PRIVACY				
Nel corso della prestazione ritiene che la sua privacy sia stata rispettata			1	2 3 4
I colloqui con i sanitari si sono svolti in forma riservata			1	2 3 4