

QUESTIONARIO ANONIMO

COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE

Tipo di servizio di cui usufruisce il paziente:

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)

Gentile Signora/e

Con il presente questionario l'ASL TO3 si propone di migliorare i propri servizi attraverso le informazioni ricevute dagli utenti sulla loro soddisfazione.

Per chiarimenti può chiamare i seguenti numeri 0121 235060/5225/5226

Oppure può inviare una mail all'indirizzo: sist.ascolto@asl10.piemonte.it


Il questionario è anche disponibile sul sito: <http://www.asl10.piemonte.it>

Dopo la compilazione lo consegni nella busta sigillata in una delle farmacie presenti sul territorio (vedi elenco allegato).

COMPILAZIONE A CURA DELL'INTERESSATO

Come è venuto a conoscenza del servizio, in quale occasione, dove, da chi? _____

Le sono state date le informazioni necessarie sul servizio? _____

<p>LA PREGHIAMO DI CONTRASSEGNARE CON UNA CROCE LA CASELLA CHE MEGLIO RISPONDE ALLA SUA IDEA</p> 	Molto Soddisfatto	Soddisfatto	Né soddisfatto Né insoddisfatto	Insoddisfatto	Molto Insoddisfatto
<p>1) Il tempo che ha atteso da quando ha avuto bisogno del servizio, alla sua erogazione l'hanno soddisfatto/a?</p>					
<p>Se non è soddisfatto, perché:</p>					
<p>2) E' soddisfatto delle modalità con cui ha ottenuto il servizio?</p>					
<p>Se non è soddisfatto, perché:</p>					
<p>3) E' soddisfatto dell'organizzazione del servizio?</p>					
<p>Se non è soddisfatto, perché:</p>					
<p>4) Ritieni sufficiente ed è soddisfatto del tempo che gli operatori le dedicano?</p>					
<p>Se non è soddisfatto, perché:</p>					
<p>5) L'orario del servizio è soddisfacente?</p>					
<p>Se non è soddisfatto, perché:</p>					
<p>6) E' soddisfatto delle informazioni ricevute sulla cura e sull'assistenza?</p>					
<p>Se non è soddisfatto, perché:</p>					
<p>7) E' soddisfatto della collaborazione tra gli operatori (integrazione e scambio di informazioni tra medici, infermieri, specialisti, OSS...)?</p>					
<p>Se non è soddisfatto, perché:</p>					
<p>8) E' soddisfatto dell'approvvigionamento degli ausili? (es. letto, carrozzina...)</p>					

LA PREGHIAMO DI CONTRASSEGNARE CON UNA CROCE LA CASELLA CHE MEGLIO RISPONDE ALLA SUA IDEA	Molto Soddisfatto	Soddisfatto	Né soddisfatto Né insoddisfatto	Insoddisfatto	Molto Insoddisfatto
Se non è soddisfatto, perché:					
9) E' soddisfatto del suo rapporto con il medico di famiglia ?					
Se non è soddisfatto, perché: <input type="radio"/> poca disponibilità <input type="radio"/> poca cortesia <input type="radio"/> poca capacità di prendere in carico e affrontare i problemi di salute <input type="radio"/> altro					
10) E' soddisfatto del suo rapporto con gli specialisti ? (medici anestesisti, medici chirurghi ecc...)?					
Se non è soddisfatto, perché: <input type="radio"/> poca disponibilità <input type="radio"/> poca cortesia <input type="radio"/> poca capacità di prendere in carico e affrontare i problemi di salute <input type="radio"/> altro					
11) E' soddisfatto del suo rapporto con gli infermieri ?					
Se non è soddisfatto, perché: <input type="radio"/> poca disponibilità <input type="radio"/> poca cortesia <input type="radio"/> poca capacità di prendere in carico e affrontare i problemi di salute <input type="radio"/> altro					
12) E' soddisfatto del suo rapporto con il personale di riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti ecc...)?					
Se non è soddisfatto, perché: <input type="radio"/> poca disponibilità <input type="radio"/> poca cortesia <input type="radio"/> poca capacità di prendere in carico e affrontare i problemi di salute <input type="radio"/> altro					
13) E' soddisfatto del suo rapporto con gli Operatori Socio Sanitari (OSS) ?					
Se non è soddisfatto, perché: <input type="radio"/> poca disponibilità <input type="radio"/> poca cortesia <input type="radio"/> poca capacità di prendere in carico e affrontare i problemi di salute <input type="radio"/> altro					
14) In generale è soddisfatto del servizio ricevuto?					
Se non è soddisfatto, perché:					
15) La sua famiglia è soddisfatta del sostegno ricevuto ?					
Se non è soddisfatta, perché:					

Osservazioni e suggerimenti: _____

IL QUESTIONARIO E' STATO COMPILATO DA:

- Interessato
- Parente
- Assistente familiare

Altro _____

Grazie per la collaborazione