



QUESTIONARIO RICOVERI

POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO

Gentile Signora/Signore,

Il Suo contributo è molto importante per poter migliorare i nostri servizi e rispondere sempre al meglio alle esigenze dei pazienti. Le chiediamo qualche minuto del Suo tempo per la compilazione del seguente questionario (in forma anonima) barrando con una **X** la casella che meglio esprime il Suo giudizio.

La scala di valutazione va da 1 a 5: **1 = per niente soddisfatto; 5 = molto soddisfatto**

Usare una penna di colore nero o blu.

Grazie per la Sua collaborazione.

Data / /

Reparto di degenza

- | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL | <input type="checkbox"/> DAY SURGERY | <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE | <input type="checkbox"/> I EST | <input type="checkbox"/> I OVEST |
| <input type="checkbox"/> II EST | <input type="checkbox"/> II OVEST | <input type="checkbox"/> III EST | <input type="checkbox"/> III OVEST | <input type="checkbox"/> IV EST/OVEST |

Unità Operativa

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia/Diabetologia | <input type="checkbox"/> Neurologia |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Endoscopia Digestiva | <input type="checkbox"/> Oculistica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia a degenza breve | <input type="checkbox"/> Epatologia | <input type="checkbox"/> Oncologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia dell'arto sup. e inf. | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Geriatrica | <input type="checkbox"/> Ginecologia | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Ginecologia Preventiva | <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Fisiatria |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica | <input type="checkbox"/> Immunoreumatologia | <input type="checkbox"/> Senologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche | <input type="checkbox"/> Terapia del dolore |
| <input type="checkbox"/> Ematologia | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Urologia |

Regime S.S.N. Solvente Intramoenia Assicurato

Sesso M F

Età 18-30 31-50 51-70 Oltre 70

Professione Impiegato Disoccupato Libero Professionista Altro

Scolarità Laurea Scuola Superiore Scuola dell'obbligo Altri titoli

Residenza Lazio Nord Italia Centro Italia Sud Italia
 Estero

È il primo ricovero presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico? Sì No

Come è venuto a conoscenza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Su segnalazione di un conoscente/parente | <input type="checkbox"/> Su consiglio del medico curante |
| <input type="checkbox"/> Attraverso mezzi d'informazione (giornali, TV, radio) | <input type="checkbox"/> Su www.policlinicocampusbiomedico.it |
| <input type="checkbox"/> A seguito di trasferimento da un'altra struttura | <input type="checkbox"/> Altro |



Per esprimere il suo livello di gradimento attribuisca un valore da 1 a 5 ad ogni risposta:

1 - per niente soddisfatto 2 - poco soddisfatto 3 - abbastanza soddisfatto 4 - soddisfatto 5 - molto soddisfatto

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Nel complesso quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

Per favore esprima una sua valutazione per ogni aspetto.

	Per niente					Molto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Accettazione e Organizzazione (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1 Cortesia e disponibilità degli operatori all'accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Tempi di attesa e disbrigo pratiche in ingresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Tempo di attesa tra la pre-ospedalizzazione e il ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Chiarezza della segnaletica all'interno del Policlinico Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Assistenza Medica (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.1 Professionalità e attenzione dedicata durante il ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Reperibilità e disponibilità del suo medico di riferimento verso di lei e verso i suoi familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Chiarezza e tempestività nel fornire informazioni sulle cure e sullo stato di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Tutela della riservatezza e della privacy durante le visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Assistenza Infermieristica e altro personale sanitario (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.1 Professionalità e competenza mostrate durante le procedure assistenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Presenza e disponibilità delle infermiere e del personale sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Attenzione e cura alle esigenze del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Tutela della riservatezza e della privacy durante le procedure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Servizi e Comfort alberghiero (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4.1 Qualità e pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Tranquillità e silenziosità dei reparti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Qualità e varietà del menù	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Assistenza Religiosa (se richiesta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Post degenza (valutazione generale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6.1 Chiarezza delle informazioni ricevute al momento della dimissione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Facilità nel ricontattare la struttura ed il medico di riferimento dopo la dimissione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Servizio di assistenza sociale (se usufruito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Altre informazioni										
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7.1 Quanto è soddisfatto della professionalità e disponibilità dei medici specializzandi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Quanto è soddisfatto della presenza e relazione con gli studenti durante la sua degenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assolutamente no Assolutamente si

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Consiglierebbe questo ospedale ad altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>