

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Vorremmo conoscere il Suo parere su alcuni aspetti che riteniamo importanti ai fini della valutazione di qualità dell'assistenza da noi fornita.

Ci auspichiamo che con l'esame dei pareri raccolti possiamo individuare ed eliminare lacune ed inconvenienti; perciò Le chiediamo cortesemente di compilare questo foglio che, nel più completo anonimato, potrà essere depositato a lato dell'ingresso nell'apposita cassetta appesa, il giorno della Sua dimissione.

Ringraziamo fin d'ora per la Sua collaborazione.

<b>assistenza medica</b>	<b>insoddisfacente</b>	<b>soddisfacente</b>	<b>buono</b>	<b>ottimo</b>
• accuratezza visite e prestazioni mediche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• frequenze visite mediche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• disponibilità a fornire informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• tipo di relazioni umane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**assistenza  
infermieristica di reparto**

	insoddisfacente	soddisfacente	buono	ottimo
• frequenze visite infermieristiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• tempestività nel rispondere alla chiamata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• disponibilità nel fornire informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• tipo di relazioni umane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**assistenza infermieristica  
in sala operatoria**

• tipo di relazioni umane e disponibilità a fornire indicazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• tempestività nel risolvere problemi (freddo, dolore, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• tempi di attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPILARE LE DUE SCHEDE, STACCARE E IMBUCARE NELL'APPOSITA CASSETTA PIANO TERRA

### **trattamento riabilitativo**

- |  | insoddisfacente          | soddisfacente            | buono                    | ottimo                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • accuratezza nel trattamento          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • tipo di relazioni umane              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **trattamento alberghiero**

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • tipo di relazioni umane              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • tranquillità e confort               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • orari visite parenti                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • orario pasti                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • qualità del vitto                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • pulizia del reparto                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • servizi igienici                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **grado complessivo di soddisfazione del suo ricovero**

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**SUGGERIMENTI PER UNA MIGLIORE QUALITÀ  
DEL SERVIZIO:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Sesso M  F  Età .....

Professione .....

Mese di ricovero: .....

Reparto di ricovero: Unità di ortopedia resp. - Dott. Cecconi

Modulo di ortopedia - Dott. Beccarini

Unità di rieducazione funzionale

Intervento chirurgico SI  NO

Provenienza:

U.S.L. della regione Umbria

U.S.L. di altra regione (*specificare*): .....

Tipo di assistenza:

Convenzionata

Pagante

Assicurato