



## UNITA' OPERATIVA SEMPLICE COMFORT OSPEDALIERO

### Questionario di gradimento

#### IL COMFORT DURANTE IL RICOVERO IN DEGENZA

**Piano.....**

**Lato.....**

**Data di distribuzione.....**

Le informazioni che le chiediamo verranno trattate senza nessun riferimento al singolo intervistato ed ai soli fini della nostra indagine, anche ai sensi della legge sulla privacy (*D.Lgs. n° 196 2003*)

Gentile ospite,

Le chiediamo di compilare il questionario, che ha l'obiettivo di raccogliere le sue valutazioni in merito al livello di comfort offerto.

Le sue osservazioni, raccolte in forma anonima, ci forniranno delle indicazioni utili per rendere più confortevole la permanenza degli ospiti presso il nostro Ospedale.

La Direzione Generale  
Policlinico Tor Vergata

● **DATI PERSONALI (ANONIMI)**

**Sesso**            M                F   

**Età**            meno di 25 anni        da 25 a 45      
                  da 46 a 65                più di 65       

**Regione di residenza:** .....

**Studi conseguiti**            Scuola elementare      
   Scuola media              
   Scuola media superiore      
   Laurea                      
   Master o specializzazione   

**Condizione lavorativa**    Studente                      
   Lavoratore                      
   Disoccupato                  
   Pensionato                      
   Casalinga

**1. Da quanti giorni è ricoverato?**

Meno di 3

Da 3 a 5

Oltre 5

**2. Come giudica le informazioni ricevute al momento del suo ingresso nell'area di degenza, o nelle prime ore dopo il ricovero, relative al Policlinico e al luogo ove Lei si trova?**

Ottimo

Buono

Soddisfacente

Insoddisfacente

Pessimo

**3. Come considera l'attenzione e la cura degli ambienti del nostro ospedale (strutture esteticamente piacevoli, stanze confortevoli e in buono stato)?**

Ottimo

Buono

Soddisfacente

Insoddisfacente

Pessimo

**4. Come considera il livello di comfort della sua camera di degenza? (letti, armadi, tende, luci, TV, telefoni, etc.)**

Ottimo

Buono

Soddisfacente

Insoddisfacente

Pessimo

**5. Come considera la temperatura della stanza di degenza?**

Adeguate

Troppo Fredda

Troppo Calda

**6. La tranquillità in degenza è?**

Ottima

Buona

Soddisfacente

Insoddisfacente

Pessima

Se è Insoddisfacente o Pessima, per quali motivi?

.....

**7. È facile l'utilizzo dei comandi per cambiare la posizione del letto?**

Si

No

**8. È facile l'utilizzo della tastiera multifunzionale? (telefono, televisore, luci, chiamata infermieri)**

Si

No

**9. Come giudica la pulizia della camera di degenza?**

Ottimo

Buono

Soddisfacente

Insoddisfacente

Pessimo

**10. Come giudica la pulizia del bagno della camera di degenza?**

Ottimo      Buono      Soddisfacente      Insoddisfacente      Pessimo  
                       

**11. Da quando è ricoverato, le è stata cambiata la biancheria del letto tutti i giorni?**

Si         No  

**12. Come ha trovato la qualità della biancheria del letto?**

Ottimo      Buono      Soddisfacente      Insoddisfacente      Pessimo  
                       

Se è Insoddisfacente o Pessima, per quali motivi?

.....

**13. Come giudica complessivamente il Servizio di ristorazione?**

Ottimo      Buono      Soddisfacente      Insoddisfacente      Pessimo  
                       

**14. Gli operatori sanitari sono facilmente identificabili tramite l'apposito cartellino di riconoscimento sul quale compare il nominativo e la qualifica?**

Si         No  

**15. Sono riconoscibili attraverso l'utilizzo di divise differenziate per qualifica?**

Si         No  

**16. Come giudica la disponibilità, la prontezza e la cortesia del personale di supporto ai servizi sanitari (ausiliario - OTA -OSS) nei suoi confronti?**

Ottimo      Buono      Soddisfacente      Insoddisfacente      Pessimo  
                       

**17. Come giudica la disponibilità e la cortesia del personale infermieristico nei suoi confronti?**

Ottimo      Buono      Soddisfacente      Insoddisfacente      Pessimo  
                       

**18. Come giudica i tempi di risposta alla richiesta di assistenza (campanello) sono?**

Adeguati         Troppo lunghi

**19. Nel complesso il suo diritto alla privacy (per es. fornire informazioni riservate) viene rispettato?**

Si  No

**Se no, perché:**

.....  
.....

**20. Al momento della visita medica o in situazioni particolarmente delicate (es. igiene, terapia iniettiva, etc.) è stato utilizzato il paravento o tenda divisoria necessari per garantire la sua riservatezza?**

Si  No

**21. Gli orari della degenza (sveglia, pasti, pulizie) rispetto alle sue abitudini di vita sono?**

Ottimo  Buono  Soddisfacente  Insoddisfacente  Pessimo

**22. Come giudica nel complesso la sua esperienza presso il Policlinico?**

Ottimo  Buono  Soddisfacente  Insoddisfacente  Pessimo

**Lo spazio seguente è a sua disposizione per eventuali suoi suggerimenti, segnalazioni ed osservazioni.**

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

*Le siamo grati per il tempo che ha voluto dedicarci.*