

21.	COM'E E' AVVENUTA LA SCELTA DEL PTV?
	<input type="checkbox"/> Indicazioni del Medico di Medicina Generale
	<input type="checkbox"/> Invio da ReCUP
	<input type="checkbox"/> Suggerimento di conoscenti
	<input type="checkbox"/> Indicazione del Medico Specialista
	<input type="checkbox"/> Vicinanza
	<input type="checkbox"/> Internet / media / Riviste
	<input type="checkbox"/> Altro _____

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE
Sesso: Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
Titolo di Studio: elementare <input type="checkbox"/> scuola media <input type="checkbox"/> scuola superiore <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/>
Età: compresa tra i 18 e 40 anni <input type="checkbox"/> compresa tra i 41 e 65 anni <input type="checkbox"/> oltre i 65 anni <input type="checkbox"/>
Cittadinanza: Italiana (Regione Lazio <input type="checkbox"/> Altre Regioni <input type="checkbox"/> )      U.E. <input type="checkbox"/> Extra U.E. <input type="checkbox"/>
Professione: <input type="checkbox"/> studente/studentessa <input type="checkbox"/> casalinga/o <input type="checkbox"/> lavoro dipendente <input type="checkbox"/> lavoro autonomo <input type="checkbox"/> precario/a - atipico/a <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> disoccupato/a <input type="checkbox"/> Altro _____

Infine, qualora Lei volesse esprimere un giudizio su ulteriori aspetti che reputa utili per la valutazione complessiva del servizio prestato, La invitiamo ad utilizzare lo spazio sottostante:

---



---



---

*Le informazioni contenute nel presente questionario verranno trattate senza nessun riferimento al singolo intervistato ed ai soli fini dell'indagine volta al miglioramento continuo della qualità.*

QS-PTV Rev. 3 del 01/02/21



*Gentile Signora / Egregio Signore,*

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare il servizio che Le offre l'ospedale. La ringraziamo per i pochi minuti che vorrà dedicarci, in questo modo ci permetterà di conoscere come il nostro lavoro incontra le Sue esigenze. La compilazione del questionario ci fornirà gli spunti necessari per avvicinare il nostro servizio sempre più alle Sue aspettative.

La invitiamo cortesemente a rispondere solo alle domande pertinenti alla Sua esperienza diretta.

**Il questionario è anonimo.**

**Data di compilazione del questionario:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>1.</b>	Indichi il tipo di prestazione ricevuta e scriva nello spazio a fianco in quale Ambulatorio / Servizio / Unità di degenza si è svolta. La invitiamo ad effettuare una sola scelta.
	<input type="checkbox"/> Visita ambulatoriale presso _____
	<input type="checkbox"/> Esame diagnostico presso _____
	<input type="checkbox"/> Day Hospital di _____
	<input type="checkbox"/> Day Surgery
	<input type="checkbox"/> Ricovero in degenza di _____
	<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso
	<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso Odontoiatrico

<b>A</b>	<b>RELAZIONI CON IL PERSONALE</b>	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
<b>2.</b>	Come giudica la disponibilità e la professionalità del personale addetto ai punti <b>i</b> - Accoglienza (cortesia, attenzione, ascolto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>	Come giudica la chiarezza ed esaustività delle informazioni ricevute da parte del personale addetto ai punti <b>i</b> - Accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>	Come giudica la gentilezza e la cortesia del personale medico nei Suoi confronti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b>	Come giudica la disponibilità del personale medico a fornirle spiegazioni e a rispondere alle sue domande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b>	Come giudica la chiarezza e la comprensibilità delle informazioni sul Suo stato di salute e sul percorso di cura ricevute dal personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b>	Come considera rispettato il Suo diritto alla privacy/riservatezza da parte del personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.</b>	Come giudica la gentilezza e la cortesia del personale infermieristico nei Suoi confronti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9.</b>	Come giudica la disponibilità del personale infermieristico a fornirle spiegazioni e a rispondere alle sue domande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b>	Come considera rispettato il Suo diritto alla privacy/riservatezza da parte del personale infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11.</b>	Come giudica l'attività svolta dai volontari del Policlinico (specificare, se possibile, l'organizzazione di appartenenza dei volontari con cui è entrato in contatto: .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B</b>	<b>RELAZIONI CON L'AMBIENTE</b>	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
<b>12.</b>	Come considera l'attenzione e la cura dedicata agli ambienti nel nostro ospedale (funzionalità, comfort, pulizia etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13.</b>	Come considera il livello di comfort della camera di degenza (letti, armadi, tende, luci, TV, telefoni, etc.) (risponda solo qualora ne abbia usufruito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14.</b>	Come considera l'attenzione dedicata alle componenti tecnologiche nel PTV (apparecchiature elettromedicali, letti elettrici, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>C</b>	<b>ASPETTI ORGANIZZATIVI</b>	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
<b>15.</b>	Come giudica il contatto telefonico con i servizi del PTV (tempi d'attesa per parlare con l'operatore, cortesia e chiarezza espositiva) (risponda solo qualora ne abbia usufruito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16.</b>	Come giudica l'utilità e la chiarezza delle indicazioni segnaletiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17.</b>	Come giudica le informazioni ricevute al momento dell'accettazione/ingresso in ambulatorio/degenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.</b>	Come giudica il rispetto dell'orario di prenotazione / programmazione della prestazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.</b>	Come giudica gli orari di accesso nelle aree di degenza per i visitatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>D</b>	<b>CONCLUSIONI</b>	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
<b>20.</b>	Complessivamente come valuta la Sua esperienza presso il PTV in merito a:				
	L'attenzione alla persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'attenzione agli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'attenzione all'organizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>