

Ente Gestore La Casa Del Sole
 ADI /C-DOM (cure igieniche, medicazioni, fisioterapia, prelievi, prestazioni infermieristiche)
 Servizio attivato **CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**
 Data compilazione ___ / ___ / 20__

Gentile signora/e, le chiediamo di dedicare qualche minuto per rispondere, in maniera del tutto anonima, ad alcune domande che permetteranno di capire se è rimasto/a soddisfatto/a del servizio e migliorare la qualità dei servizi Erogati.

INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO				
	<input type="checkbox"/> paziente	<input type="checkbox"/> familiare	<input type="checkbox"/> colf/badante	<input type="checkbox"/> altro _____
<i>SESSO</i>	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	Età in anni _____	
<i>NAZIONALITA'</i>	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> extracomunitaria	
<i>SCOLARITA'</i>	<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> scuola obbligo	<input type="checkbox"/> scuola sup.	<input type="checkbox"/> laurea/altro
<i>PROFESSIONE</i>	<input type="checkbox"/> casalinga	<input type="checkbox"/> operaio	<input type="checkbox"/> impiegato	<input type="checkbox"/> dirigente
	<input type="checkbox"/> artigiano	<input type="checkbox"/> commerciante	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> disoccupato
ACCOGLIENZA				
1. COME VALUTA L'ACCESSO AL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE IN QUANTO A CORTESIA E DISPONIBILITA'?				
<i>SCARSO</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETO</i>	<i>BUONO</i>	<i>OTTIMO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DOPO QUANTI GIORNI E' STATO FISSATO IL PRIMO COLLOQUIO/CONTATTO TELEFONICO PER AVVIARE IL PROGRAMMA DI CURE DOMICILIARI?				
<i>OLTRE 15 GG</i>	<i>TRA 6 E 15 GG</i>	<i>TRA 2 E 5 GG</i>	<i>MENO DI 2 GG</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. E' SODDISFATTO DEL TEMPO CHE E' INTERCORSO TRA IL PRIMO COLLOQUIO/CONTATTO TELEFONICO E L'INIZIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILIARE?				
<i>PER NULLA</i>	<i>POCO</i>	<i>ABBASTANZA</i>	<i>MOLTO</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASSISTENZA				
4. DURANTE IL PERIODO DI CURA ERA INFORMATO SU QUALI ERANO GLI OPERATORI SANITARI (medico, infermiere, oss...) DEDICATI ALLE CURE DEL MALATO?				
<i>MAI</i>	<i>SI, A VOLTE</i>	<i>SI, SPESSO</i>	<i>SI, SEMPRE</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
QUALI OPERATORI SONO STATI ATTIVATI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA				
<i>INFERMIERE</i>	<i>OSS</i>	<i>FISIOTERAPISTA</i>	<i>MEDICO SPECIALISTICO</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, ecc...)?				
<i>SCARSO</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETO</i>	<i>BUONO</i>	<i>OTTIMO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. COME VALUTA LA FREQUENZA DELLE VISITE DOMICILIARI RISPETTO ALLE NECESSITA' (DEL PAZIENTE)?				
<i>SCARSO</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETO</i>	<i>BUONO</i>	<i>OTTIMO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. IN CASO DI CHIAMATA URGENTE, COME VALUTA LA TEMPESTIVITA' DI RISPOSTA ALLA CHIAMATA DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLE CURE PALLIATIVE?				
<input type="checkbox"/> <i>NON IN CARICO ALLE CURE PALLIATIVE/NON NECESSARIO</i>				
<i>SCARSO</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETO</i>	<i>BUONO</i>	<i>OTTIMO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionario di soddisfazione

8. E' SODDISFATTO DELLE INDICAZIONI FORNITE SU COME UTILIZZARE A DOMICILIO FARMACI, PRESIDI, PROTESI?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
9. E' SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI E DEI CONSIGLI RICEVUTI IN MERITO A COME ALIMENTARE, MUOVERE, CURARE L'IGIENE PERSONALE, ASSISTERE IL MALATO?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
10. COME HA VALUTATO LE MODALITA' E I TEMPI DI FORNITURA DI CARROZZINE, MATERASSI ANTIDECUBITO ETC?				
<u>NON HO USUFRUITO DEI PRESIDI INDICATI/NON NECESSARI</u>				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
11. E' RIMASTO SODDISFATTO DELLE MODALITA' DI PRESCRIZIONE DEI FARMACI?				
<u>NON HO USUFRUITO DEI PRESIDI INDICATI/NON NECESSARI</u>				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
12. DURANTE IL PERIODO DI ASSISTENZA DOMICILIARE HA AVUTO NECESSITA' DI RICORRERE AD ALTRI SERVIZI DI ASSISTENZA?				
<input type="checkbox"/> 118	<input type="checkbox"/> GUARDIA MEDICA	<input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO	SI: <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
IN CASO DI EVENTUALI ASSENZE E/O CAMBIO OPERATORE DI RIFERIMENTO, L'ASSISTENZA è SEMPRE STATA GARANTITA SECONDO LA PIANIFICAZIONE				
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO		
HA SEMPRE IDENTIFICATO IL PERSONALE MEDIANTE CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO				
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO		
13. DAL PUNTO DI VISTA DEI RAPPORTI UMANI E' RIMASTO SODDISFATTO DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
14. IN GENERALE COME VALUTA IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>

Se lo desidera può darci dei suggerimenti per rendere più efficace il nostro operato: ad esempio, se potesse, che cosa cambierebbe nel nostro servizio?

Grazie per la collaborazione, le sue valutazioni saranno utili a migliorare la qualità dei nostri servizi.