



CHESTIONAR DE SATISFACTIE AL PACIENTULUI

Mod de completare chestionar:

- Chestionarul se poate completa pe suport de hartie primit la internare sau on line, prin accesarea linkului de pe pagina web a spitalului: www.smcnd.ro;
- Modalitatea de răspuns este de a marca, la fiecare întrebare, pătratul care corespunde răspunsului cel mai apropiat opiniei dumneavoastră;
- În cazul minorilor sau a pacienților fără discernământ, completarea chestionarului se realizează de către aparținători;
- În cazul persoanelor fără discernământ temporar, chestionarul se va completa numai în momentul în care pacientul are discernământ;
- **NU trebuie sa va semnati ,acest chestionar este anonim și confidențial.**

Mod de depunere chestionar:

- Formularul completat (in orice moment al spitalizarii) se depune cel mai tarziu in ziua externarii la cutia special amenajata de la nivelul sectiei/compartimentului ,inscripționata cu o etichetă pe care este înscris: „Colectare chestionare de satisfacție a pacienților”;
- chestionarele completate on line prin accesarea linkului de pe pagina web a spitalului: www.smcnd.ro (in orice moment al spitalizarii sau ulterior acesteia) pot fi transmise/depuse prin utilizarea uneia dintre modalitati: pe adresa de e-mail a spitalului- spitaldrag@yahoo.com sau prin posta la adresa: Str.Dr.Dumitru Bagdasar, nr.2, Dragasani, Jud.Valcea

1.Sexul

- ☐ barbat
☐ femeie

2.Varsta dumneavoastra : _____ (ani)

3.In ce sectie sunteti/ati fost internat? _____

4.Ati fost informat/ă despre drepturile si obligatiile dumneavoastra ca pacient?

- ☐ DA
☐ NU

5.Considerati că aceste drepturi v-au fost respectate de personalul medical pe timpul spitalizării ?

☐ DA

☐ NU

6.Ați remarcat în zona de așteptare/secție materiale informative cu privire la recomandări cu privire la un regim de viață sănătos sau cum puteți preveni îmbolnăvirile?

☐ DA

☐ NU

7.Ați înțeles informațiile privind diagnosticul ,tratamentul și investigațiile recomandate de medicul curant?

☐ DA

☐ NU

☐ PARTIAL

9.Ați fost întrebat la internare dacă doriți ca situația dumneavoastră de sănătate să fie comunicată unei anumite persoane?

☐ DA

☐ NU

10.Ați fost avertizat cu privire la riscul de cadere/alunecare pe drumul prin spital?

☐ DA

☐ NU

11.Ați fost întrebat/ă dacă sunteți de acord cu efectuarea unor investigații invazive sau cu risc?

☐ DA

☐ NU

12.Ați fost instruit/ă asupra modului de administrare a medicației ?

☐ DA

☐ NU

13. Administrarea medicamentelor s-a făcut sub supravegherea asistentei medicale ?

☐ DA

☐ NU

14.Medicamentele administrate v-au fost asigurate de spital

☐ DA

☐ NU

☐ PARTIAL

15.Va declarați mulțumit/ă de calitatea comunicării cu personalul medical?

☐ DA

☐ NU

☐ PARTIAL

16.Sunteti multumit/ă de condițiile de cazare,aspectul lenjeriei si al efectelor de spital v-au fost puse la dispoziție?

- ☐ DA
- ☐ NU
- ☐ PARTIAL

17.Curățenia salonului și a spatiilor aferente acestuia a fost corespunzătoare ?

- ☐ DA
- ☐ NU
- ☐ PARTIAL

18.Va declarati multumit/ă de calitatea hranei si modalitatea de distribuire a acesteia?

- ☐ DA
- ☐ NU
- ☐ PARTIAL

19.Va declarati multumit/ă de ambientul spitalului (aspect si dotare salon, aspect si dotare spatii comune, aspectul curtii interioare/iluminat)?

- ☐ DA
- ☐ NU
- ☐ PARTIAL

20.Impresia d-voastră în legătură cu spitalizarea este că sunteti foarte multumit / ă ?

- ☐ DA
- ☐ NU
- ☐ PARTIAL

Vă rugăm să mentionati câteva observatii si sugestii referitoare la aspectele pozitive si / sau negative ale ingrijirii medicale din timpul spitalizarii:

Vă multumim pentru înțelegere, colaborare și vă mai așteptăm !

Data:_____