

**CHESTIONAR DE EVALUARE A SATISFACTIEI PACIENTULUI**

Stimată doamnă /Stimate domn,

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale pe care le-aţi primit în cadrul **Spitalului Orasenesc Asezamintele Brancovensti Dabuleni** şi pentru creșterea calităţii acestora, vă rugăm să aveţi amabilitatea de a răspunde întrebărilor din chestionarul de mai jos.

* Chestionarul nu conține informații confidențiale despre d-voastră, iar răspunsurile la acest chestionar rămân anonime
* Răspundeţi la întrebări alegând varianta care descrie cel mai bine situaţia dumneavoastră şi bifați cu X în căsuța din dreptul variantei pe care ați ales-o
* În situaţia copiilor, completarea chestionarului va fi facută de către aparţinător/însoțitor.
* Dupa completare, **vă rugăm să introduceți chestionarul în cutiapostala inscriptionata “CHESTIONARE / SESIZARI PACIENTI”, amplasata la intrare.**

***Raspunsurile dvs. Sunt importante pentru noi! Va multumim!***

**Sectia în care ați fost internat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicul curant: dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Spitalizare continuă** □  **Spitalizare de zi** □  **Varsta dumneavoastra: \_\_\_\_\_\_**

**Sexul: M** □ **F** □ **Localitatea de domiciliu**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Starea civila:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nivelul de studii:** Școală primară □ Școală gimnazială □ Liceu □ Studii universitare □

**Cum aţi ajuns să apelați la internare pentru spitalul nostru:**

a. V-aţi prezentat direct

b. Bilet de trimitere de la medicul dumneavoastră de familie

c. Bilet de trimitere de la medicul specialist din ambulatoriu

d. Ați venit cu ambulanța

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr crt | Intrebari | Da | Putin | Nu |
| 1 | **Aveți cunoștință despre drepturile dumneavoastră ca pacient?** |  |  |  |
| 2 | **Considerați că aceste drepturi v-au fost respectate de personalul medical pe timpul spitalizării?** |  |  |  |
| 3 | **Apreciati în mod pozitiv calitatea comunicării, amabilitatea și diponibilitatea medicului curant pe timpul tratării?**  |  |  |  |
| 4 | **Informațiile primite de la medici v-au ajutat în ameliorarea stării d-voastre de sănătate?** |  |  |  |
| 5 | **Apreciați în mod pozitiv calitatea comunicării asigurate de către asistentele medicale?** |  |  |  |
| 6 | **Ati fost instruit/instruită asupra modului de administrare a medicației?** |  |  |  |
| 7 | **Medicamentele administrate v-au fost asigurate de unitate?** |  |  |  |
| 8 | **Administrarea medicamentelor s-a facut sub supravegherea asistentei medicale?** |  |  |  |
| 9 | **Apreciati în mod pozitiv calitatea îngrijirilor de sănătate asigurate de către asistentele medicale, inclusiv prin planul de îngrijiri?** |  |  |  |
| 10 | **Dupa internare, ati fost însoțit/însoțită de personalul medical ?** |  |  |  |
| 11 | **La efectuarea investigatilor medicale ati fost însoțit/însoțităde personal medical?** |  |  |  |
| 12 | **Sunteti multumit/ mulțumită de conditiile de cazare/ ambientul din spital?** |  |  |  |
| 13 | **Curatenia salonului si al spatiilor aferente acestuia a fost corespunzatoare?** |  |  |  |
| 14 | **Sunteti multumit/a de calitatea hranei si modul de distribuire al hranei?** |  |  |  |
| 15 | **Sunteti multumit/a de starea lenjeriei de pat si a efectelor din unitate?** |  |  |  |
| 16 | **Ati opta tot pentru spitalul nostru daca ar fi cazul sa va mai tratati afectiunile medicale si ati recomanda unitatea altor persoane?** |  |  |  |
| 17 | **Impresia dumneavoastra generala in legatura cu spitalizarea este ca sunteti multumit?** |  |  |  |
| 18 | **Ați fost informat sau vi s-au explicat de către personalul medico-sanitar despre:** |  |  |  |
| **..... cum va decurge examinarea medicală** |  |  |  |
| **.....cum se recoltează probele de sânge/biologice** |  |  |  |
| **.....posibile tratamente alternative pentru afecțiunea dumneavoastră** |  |  |  |
| **.....modul de administrare a medicamentelor** |  |  |  |
| **.....rezultatul analizelor dumneavoastră** |  |  |  |
| **…..riscurile unei operaţii/intervenţii chirurgicale/ale tratametului indicat de medic** |  |  |  |
| **......consecințele unui posibil refuz/opririi actului medical recomandat de medic** |  |  |  |
| **….. drepturile și/sau obligațiile pacienților/asiguraților** |  |  |  |

***Va rugam sa mentionati cateva observatii si sugestii referitoare la aspectele pozitive si/sau negative ale spitalizarii dumneavoastra in institutia noastra***

**……………………………………………............................................................................. …………………………………………………………………………….........................................**

**Data………………**