

U.O.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso
 Direttore Dott. Paolo Daniele
 Tel. 06 97223317- 3318
 Fax 06 97223217

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO RIVOLTO AGLI UTENTI DELLA U.O.C.
MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO**

Gentile Sig./ra,

La informiamo che questa Azienda Sanitaria Le chiederà, al termine del Suo percorso in Pronto Soccorso, di compilare un “Questionario di gradimento dei servizi”, utile per conoscere il Suo parere sulle prestazioni che eroghiamo e per aiutarci a migliorare l’organizzazione aziendale e i servizi che forniamo.

Grazie alle Sue indicazioni sarà possibile migliorare alcuni aspetti ritenuti critici o disservizi eventualmente verificatisi durante il suo ricovero.

Al termine della compilazione del questionario, che rimarrà anonimo, la invitiamo a riporlo nella busta consegnata unitamente ad esso ed a restituire il tutto all’operatore incaricato.

La raccolta delle informazioni tramite il questionario è finalizzata esclusivamente ad elaborazioni statistiche per valutare la qualità dei servizi e/o delle prestazioni sanitarie offerte.

L’Azienda La ringrazia per la Sua preziosa collaborazione.

Sesso: M F

Età: 0-14 15-29 30-44 45-59 60-74 75>

CODICE DI TRIAGE ASSEGNATO

ROSSO GIALLO VERDE BIANCO

QUANTO E' SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ? Si prega di apporre un X sulla risposta desiderata			
Accoglienza al Triage			PER NIENTE
Informazioni circa il significato del Triage			
Tempi di attesa prima dell'accesso in sala visita			

Tempo di permanenza in Pronto Soccorso			
Possibilità di identificazione del Personale in Servizio (Presenza dei Tesserini Identificativi)			
Assistenza prestata dal personale Infermieristico (disponibilità, cortesia, sollecitudine, competenza)			
Assistenza prestata dal personale Medico (disponibilità, cortesia, competenza)			
Capacità del personale a farsi carico dei suoi problemi			
Capacità e tempestività nel trattamento del dolore			
Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate			
Se accompagnato – Chiarezza e tempestività delle informazioni fornite alle persone che l'accompagnano			
Rispetto della privacy			
Adeguatezza, pulizia e condizioni climatiche degli ambienti di visita e di attesa, arredi dei locali, stato di manutenzione			
Pulizia degli ambienti e dei servizi igienici			
Se ne ha usufruito, qualità del vitto ospedaliero			
Comprensibilità e completezza delle indicazioni fornite al momento della dimissione (uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, stili di vita, eventuali controlli, ecc)			
Sono gradite eventuali osservazioni e/o suggerimenti:			

Data compilazione _____ / _____ / _____