

OSPEDALE
SAN MARTINO
ORISTANO

UNITA' OPERATIVA
DI
MEDICINA INTERNA

Direttore
Dott. EFISIO CHESSA

QUESTIONARIO

Gentile Signora/Signore,
la invitiamo a
rispondere alle domande
contenute all'interno di
questo foglio.

Il suo parere ci aiuterà a
migliorare l'assistenza nel
nostro reparto.

Sbarri con una crocetta le
risposte che meglio
esprimono la sua opinione
e imbuchi il questionario
al momento della
dimissione, nella cassetta
apposita.

Le saremo grati se vorrà
segnalarci gli aspetti
positivi e negativi del suo
ricovero.

Le risposte rimarranno
anonime e non saranno
viste dal personale del
reparto.

*(troverà la penna nel
cassetto del comodino)*

**GRAZIE PER LA
COLLABORAZIONE**

COSA PENSA RISPETTO A:

**MOLTO
SODDISFATTO**

SODDISFATTO

**UN PO'
INSODDISFATTO**

**MOLTO
INSODDISFATTO**

ASSISTENZA MEDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMAZIONI RICEVUTE DAI MEDICI SULLA DIAGNOSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMAZIONI RICEVUTE DAI MEDICI SUL DECORSO DELLA MALATTIA E CURE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAPPORTI CON IL PERSONALE DEL REPARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PULIZIA DEL REPARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZI IGIENICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMBIENTE E COMFORT (ARREDAMENTO, TRANQUILLITA', ECC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA IN REPARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIBO QUALITA'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUANTITA'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESENTAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRADO DI SODDISFAZIONE DEL SUO RICOVERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IN CASO DI NECESSITA', CONSIGLIEREBBE AD UN SUO PARENTE IL RICOVERO PRESSO QUESTO REPARTO?	SI	NO		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

IN CASO NEGATIVO, PERCHE'?
