

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE CURE INTERMEDIE

	UNITA' OPERATIVA _____	DATA _____			
	ETA' DEL DEGENTE _____	NAZIONALITA' DEL DEGENTE <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altra nazionalità			
	SESSO	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F	
Codice aziendale interno	INDICARE LA PERSONA CHE COMPILA IL PRESENTE QUESTIONARIO	<input type="checkbox"/> Degente	<input type="checkbox"/> Familiare	specificare: <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/figlia <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro	
1.	E' SODDISFATTO DELL'ACCOGLIENZA E DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
1a	Carta dei Servizi (indicazioni in merito ai servizi disponibili e alle modalità per usufruirne)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
1b	orari di apertura al pubblico degli uffici amministrativi e accessibilità alle informazioni	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
2.	E' SODDISFATTO DELL'AMBIENTE E DELLE STRUTTURE PRESENTI?				
2a	ambienti comuni: aspetto, temperatura, ventilazione, luminosità	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
2b	camera di degenza: dimensione, arredo, temperatura, luminosità	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
3.	E' SODDISFATTO DELLA CURA DEDICATA ALL'IGIENE PERSONALE E PULIZIA DEGLI AMBIENTI?				
3a	cura dedicata all'igiene personale	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
3b	pulizia dei servizi igienici e degli ambienti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
4.	E' SODDISFATTO DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE?				
4a	qualità dei pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
4b	quantità dei pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
4c	varietà nel menu	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
4d	possibilità di modificare i cibi in presenza di disturbi di masticazione, di deglutizione o per i suoi problemi di salute	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco

6.	E' SODDISFATTO DELL'ORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI IN RESIDENZA?				
6a	orari apertura alle visite	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
6b	orari pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
6c	orari sonno/veglia	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
7.	E' SODDISFATTO DELLA CORTESIA, PROFESSIONALITA' E SOLLECITUDINE DEL PERSONALE ASSISTENZIALE?				
7a	operatori socio-sanitari	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
7b	personale infermieristico	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
7c	personale medico	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
7d	fisioterapisti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
7e	terapisti occupazionali	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
7f	logopedisti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
8 bis	SI SENTE COINVOLTO NEL PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE INDIVIDUALE (PRI)?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
10.	E' SODDISFATTO DELLE ATTIVITA' DI FISIOTERAPIA? (terapia neuromotoria, terapia occupazionale, logopedia, ecc.)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
11.	E' SODDISFATTO DEL RISPETTO DELL'INTIMITA' E DELLA PRIVACY?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
13.	DOVENDO ESPRIMERE UN GIUDIZIO COMPLESSIVO, COME CONSIDERA I SERVIZI OFFERTI?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco

Eventuali suggerimenti:
