



SPITALUL ORASENESC FAUREI

Strada Pacii nr.6, Localitatea Faurei, Jud. Braila, Romania

Tel : 0239-661.390; 0239-661.332; www.spitalulfaurei.ro; e-mail: spit_or_faurei@yahoo.com

Nr. Notificare A.N.S.P.D.C.P: 0022930

CHESTIONAR DE SATISFACTIE AL PACIENTILOR

In vederea imbunatatirii calitatii serviciilor medicale cadrul *Spitalului Orasenesc Faurei*, va rugam sa aveti amabilitatea de a raspunde la intrebarile acestui chestionar, marcand pentru fiecare afirmatie raspunsul care evidentiaza opinia dvs. **Raspunsurile Dumneavoastra vor fi confidentiale si vor fi folosite doar pentru a imbunatati calitatea actului medical si relatia personal medical-pacient.** Dupa completare, **va rugam sa introduceti chestionarul in una din cutiile destinate colectarii acestora si aflate in imediata Dumneavoastra apropiere. Chestionarul este anonim si nu trebuie semnat.**

Pentru pacientii care sunt minori sau pacientii fara discernamant, chestionarul va fi completat de catre insotitori sau apartinatori.

Ati ales *Spitalul Orasenesc Faurei* la recomandarea: unui cunoscut; medicului de familie; medicului din ambulator; prin urgenta?

Varsta Dvs:..... ani; Sex: Barbat/Femeie; Mediul de provenienta: Urban /Rural;

Sectia in care ati fost internat:..... la medicul curant: dr..... la boala:

Intrebari	Variante de raspuns		
	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
1. Sunteti multumit/a de atitudinea personalului din Camera de Garda?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
2. Dupa internare, in sectie ati fost insotit/a de personal medical?	Personal medical <input type="checkbox"/>	Apartinator <input type="checkbox"/>	Singur <input type="checkbox"/>
3. Ati fost informat despre drepturile si obligatiile dvs ca pacient?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
4. Considerati ca aceste drepturi v-au fost respectate de personalul medical pe timpul spitalizarii?*	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
5. Considerati ca personalul medical a fost amabil si disponibil fata de dvs.pe timpul spitalizarii?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
6. Informatiile primite despre diagnosticul, investigatiile, tratamentul, si regimul prescris de medic au fost de calitate si pe intelesul dvs.? Cum apreciati calitatea comunicarii realizate?	Bine <input type="checkbox"/>	Satisfacator <input type="checkbox"/>	Slab <input type="checkbox"/>
7. Sunteti multumit/a de curatenia si ambientul oferit in cadrul salonului si a spatiilor aferente?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
8. Sunteti multumit/a de starea efectelor de spital si a lenjeriei de pat si de ritmul ei de schimbare?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
9. Sunteti multumit/a de calitatea hranei de care ati beneficiat si de modul cum a fost distribuita?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
10. Sunteti multumit/a de ingrijirile acordate de medicul curant?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
11. Sunteti multumit/a de ingrijirile acordate de asistenta medicala?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
12. Sunteti multumit/a de ingrijirile acordate de infirmiere?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
13. La efectuarea investigatiilor medicale, consultatiilor ati fost insotit/a de personal medical?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
14. Medicamentele administrate v-au fost asigurate de spital? **	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
15. Ati fost instruit/a asupra modului de administrare a medicamentelor? Precizati AICI ce efecte adverse / riscuri asociate medicamentelor / procedurilor terapeutice cunoasteti?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
16. Administrarea medicamentelor pe cale orala s-a facut sub supravegherea asistentei?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
17. Ati fost multumit/a de ingrijirile acordate: in timpul zilei, in timpul noptii, sambata, duminica si sarbatori legale?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
18. Considerati ca timpul acordat de medicul curant pt consultarea dvs a fost suficient?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
19. Sunteti satisfacut de perioada petrecuta in <i>Spitalul Orasenesc Faurei</i> ?	Da <input type="checkbox"/>	Partial <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
20. Daca ar fi necesar sa va reinternati, ati opta pentru acelasi spital?	Sigur <input type="checkbox"/>	Posibil <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>
Va rugam sa mentionati opinia dvs in privinta aspectelor pozitive si/sau negative ale spitalizarii dvs in <i>Spitalul Orasenesc Faurei</i> .			
Aveti propuneri sau sugestii in privinta imbunatatirilor conditiilor hoteliere oferite in <i>Spitalul Orasenesc Faurei</i> .			
Aveți propuneri sau sugestii în privința îmbunătățirilor calitatii serviciilor medicale în <i>Spitalul Orasenesc Faurei</i> .			

Va multumim pentru intelegere, colaborare!

*Daca este cazul, va rugam sa precizati care dintre drepturi nu v-au fost respectate.....

** Mentionati, va rugam, ce medicamente ati cumparat dvs.....