* + - * 1. **ROMANIA**
        2. **SPITALUL DE PSIHIATRIE “ EFTIMIE DIAMANDESCU ” BĂLĂCEANCA**

**Comuna Cernica- Bălăceanca, str. Gării nr. 56, Județul Ilfov, Tel.: 021/3807417; Fax: 021/3693817**

**e-mail: [spitalbalaceanca@gmail.com](mailto:spitalbalaceanca@gmail.com)**

**CHESTIONAR DE FEEDBACK AL PACIENTULUI**

Secția de psihiatrie în care a fost internat pacientul \_\_\_

Stimate pacient, Spitalul de Psihiatrie “Eftimie Diamandescu” Bălăceanca realizează un sondaj de opinie în rândul pacienților spitalului nostru, cu privire la calitatea serviciilor medicale de care au beneficiat pe parcursul internării, în scopul îmbunătățirii comunicării cu dumneavoastră și creșterii calității serviciilor pe care vi le oferim.

**Vă rugăm, deci, să citiți cu atenție acest chestionar și să răspundeți sincer la toate întrebările.**

Modalitatea de răspuns e de **a bifa cu** **X sau de a încercui** varianta care corespunde opiniei dumneavoastră. Dacă spațiul pentru recomandări nu este suficient, scrieți pe spatele chestionarului.

**(!)** Atenție: răspunsurile dumneavoastră trebuie să se refere **doar la această internare.**

Acest formular este anonim, **nu trebuie să vă treceți numele și nu trebuie să îl semnați.**

Dacă sunteți reprezentantul legal al pacientului, vă rugăm să acordați atenția cuvenită acestui chestionar, ca și cum ați fi pacientul spitalului nostru.

După completare, vă rugăm să împăturiți Chestionarul și să îl depuneți în cutia special amenajată în incinta secției.

**I.DATE STATISTICE**

1. **Sexul pacientului 2. Vârsta pacientului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ani**

|  |  |
| --- | --- |
| BĂRBĂTESC |  |
| FEMEIESC |  |

1. **Calitatea persoanei care completează formularul**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Pacient |
| 2 | Reprezentant legal |

1. **Ultima școală absolvită de pacient**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Fără studii |
| 2 | Școală elementară (4 clase, 10 clase, școală profesională) |
| 3 | Școală medie (liceu, școală postliceală) |
| 4 | Școală superioară (facultate/universitate, master, doctorat) |

1. **Rezidența**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | În mediul urban (oraș, municipiu) |
| 2 | În mediul rural (sat, comună) |

**II. CHESTIONAR**

1. **C****ât de mulțumit sunteți de serviciile medicale oferite de spital?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **Cât de mulțumit sunteți de activitatea și implicarea medicului?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **Cât de mulțumit sunteți de calitatea comunicarii personalului unitații sanitare ?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **Ați primit explicații clare cu privire la diagnostic și tratament?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Cât de mulțumit sunteți de activitatea și implicarea asistentelor medicale?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **Cât de mulțumit sunteți de activitatea și implicarea infirmierelor și îngrijitorilor?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **Cât de mulțumit sunteți de aspectul lenjeriei din spital?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **Cât de mulțumit sunteți de aspectul mobilierului din spital?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **Cât de mulțumit sunteți de curățenia din spital?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **Cât de mulțumit sunteți de calitatea hranei din spital?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **Cât de mulțumit sunteți de serviciul de distribuire a hranei în spital?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | Foarte nemulțumit |
| B | Nemulțumit |
| C | Mulțumit |
| D | Foarte mulțumit |

1. **A fost nevoie să cumpărați medicamente?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Ați fost informat de către personalul medical cu privire la diagnosticul stabilit, scopul tratamentului administrat, eventuale riscuri ale medicamentației prescrise cât și posibile efecte adverse ale acestora ?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Ați fost informat că în incinta unității sanitare există asistență spirituală? (capelă)**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Personalul medical utilizează echipamente de unică folosință (mănuși, mănuși, bonete, etc.) la fiecare consultație medicală ?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Ați fost informat de către personalul din unitatea sanitară cu privire la riscul de cădere ?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Ați fost informat de către personalul medical cu privire la data estimate a externării?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Ați fost însoțit de către personalul desemnat la deplasarea în unitatea sanitară ?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Ați fost informat cu privire la identitatea personalului medical implicat în tratamentul administrat ?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Ați fost informat cu privire la regulile de comportament și igienă personal din cadrul unității spitalicești ?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **A fost nevoie să cumpărați materiale sanitare?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Starea dumneavoastră de sănătate este mai bună la externare?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Vi s-a recomandat de către medic revenirea la control în spitalul nostru?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Intenționați să reveniți la control sau pentru internare în spitalul nostru?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Ați recomanda unei persoane apropiate să se trateze la acest spital?**

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

1. **Vi s-au solicitat bani sau atenții de către medici, asistente sau de către infirmiere și îngrijitori?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A | DA, de către |  |
| Medic |  |
| Asistente |  |
| Infirmieră/Îngrijitor |  |
| B | NU |  |

1. **!!!! La această întrebare se răspunde doar dacă ați răspuns DA la întrebarea (13)**

Doriți să raportați Consiliului etic al spitalului sau Managerului spitalului, faptul că vi s-au solicitat bani sau atenții și să îi prezentați detalii?

|  |  |
| --- | --- |
| A | DA |
| B | NU |

Dacă răspunsul este DA, vă rugăm să contactați direct Președintele Consiliului etic sau pe Managerul spitalului.

1. În încheiere vă rugăm să enumerați nemulțumirile, recomandările sau impresiile dumneavoastră referitoare la condițiile de spitalizare, la echipa medicală (medici și asistente), la infirmiere și îngrijitori sau la orice altceva ce a avut legătură **cu prezenta internare**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data completării \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vă mulțumim pentru ajutor și vă dorim multă sănătate!**

SE VA LISTA FAȚĂ - VERSO