

Questionario di valutazione sulla qualità del servizio di analgesia del parto

Gentile Signora Le chiediamo cortesemente di dedicarci alcuni minuti per rispondere alle domande che seguono **riguardanti l'analgesia del parto** di cui ha recentemente usufruito. Grazie al Suo contributo potremo infatti **verificare la qualità dei nostri servizi**, al fine di migliorarli e renderli più adeguati alle esigenze delle partorienti.

La informiamo che il seguente questionario **non deve essere firmato** e che le risposte ottenute saranno ritenute strettamente confidenziali. Sarà sufficiente fare una croce sul numero corrispondente alla risposta scelta, tenendo presente che la scala esprime **un valore crescente da 1 a 5, dove:**

1 = scadente 2 = sufficiente 3 = buono 4 = molto buono 5 = eccellente

La preghiamo di depositare questo foglio, prima della dimissione, **nell'apposita cassetta** che si trova nel box della caposala.

Confidando nella sua collaborazione le saremo grati se vorrà indicarci quei suggerimenti, che a suo giudizio, possono migliorare il nostro servizio:

Suggerimenti e osservazioni

1° Servizio di Anestesia e Rianimazione

Direttore:
Dr. G. TOMASONI

U.O. Ostetricia e Ginecologia 1^a e 2^a

Direttori:
Prof. E. Sartori
Prof. F. Odicino



Partorire senza dolore: questionario di valutazione

La conferenza informativa

Come giudica le **modalità** per ottenere informazioni sulla conferenza informativa?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica l'**orario** in cui si svolge la conferenza informativa?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica la **accessibilità alla sede** della conferenza informativa?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica la **completezza delle informazioni** fornite durante la conferenza informativa?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica la **chiarezza delle informazioni** fornite durante la conferenza informativa?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica la **disponibilità** dell'anestesista a rispondere alle sue domande durante la conferenza informativa?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

La visita pre-parto

Come giudica le **modalità di prenotazione** della visita preparatoria all'analgesia?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica l'**accoglienza degli ambienti** in cui si svolge la visita?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica **gli orari** di esecuzione delle visite?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica la **cortesia e disponibilità** del medico che ha eseguito la visita?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

L'analgesia praticata in sala parti

Come giudica i **tempi di attesa** per ricevere l'analgesia in sala parti?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica la **disponibilità** dell'anestesista in sala parti?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica l'**assistenza ricevuta** dall'équipe in sala parti?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica il **rispetto della riservatezza** in sala parti?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica la **qualità dell'analgesia** ricevuta in sala parti?

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Come giudica la **qualità complessiva del servizio di analgesia del parto?**

scadente 1 2 3 4 5 eccellente

Consiglierebbe questa esperienza ad una sua amica?

SI NO

Informazioni generali

Età: _____

Nazionalità: italiana europea extraeuropea

Scolarità: nessuna scuola obbligo scuola superiore laurea o altro titolo universitario

È il suo primo parto? si no

Se no, ha già partorito con l'analgesia? si no

Se sì, presso questo ospedale? si altrove