

B ASSISTENZA RESIDENZIALE

1. Ritiene accettabile il tempo intercorso tra il colloquio con l'assistente sociale e il ricovero?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

2. Come valuta l'accoglienza ricevuta al momento del ricovero?

Pessima	Scadente	Accettabile	Buona	Ottima
---------	----------	-------------	-------	--------

Degenza

3. La sua soddisfazione sulle informazioni ricevute dagli operatori al primo colloquio è stata:

Pessima	Scadente	Accettabile	Buona	Ottima
---------	----------	-------------	-------	--------

4. Come giudica i servizi disponibili (camera, ristorazione, spazi comuni, orari di accesso) presso Casa Vidas?

Pessimi	Scadenti	Accettabili	Buoni	Ottimi
---------	----------	-------------	-------	--------

5. È stato informato/a rispetto alla situazione clinica della malattia?

Sì, in modo completo In modo approssimativo No

6. La tempestività delle comunicazioni sui cambiamenti che si sarebbero realizzati (modificazione dei sintomi, terapie, dimissioni) è stata:

Pessima	Scadente	Accettabile	Buona	Ottima
---------	----------	-------------	-------	--------

7. Come valuta, globalmente, la modalità assistenziale?

Pessima	Scadente	Accettabile	Buona	Ottima
---------	----------	-------------	-------	--------

C ATTIVITÀ DIURNA (DAY CARE)

8. Indichi cortesemente se ha usufruito di uno o più dei seguenti servizi:

- Consulenza medico-infermieristica Fisioterapia
 Consulenza psicologica Laboratorio artistico
 Consulenza assistente sociale

9. Gli operatori hanno soddisfatto i bisogni di informazione/supporto durante il/i colloqui?

	Per nulla	Solo in parte	Sufficientemente	Discretamente	Pienamente
Infermiere					
Medico					
Psicologo					
Fisioterapista					
Ass. sociale					

10. Come giudica gli aspetti non assistenziali (alberghieri, orari, spazi, trasporto, programmazione degli operatori)?

Pessimi	Scadenti	Accettabili	Buoni	Ottimi
---------	----------	-------------	-------	--------

11. Nel complesso, come giudica l'assistenza socio-sanitaria ricevuta?

Pessima	Scadente	Accettabile	Buona	Ottima
---------	----------	-------------	-------	--------

Questionario



Le proponiamo un breve questionario che consentirà di conoscere le sue valutazioni sul servizio ricevuto. Esprima il suo grado di soddisfazione o insoddisfazione per i seguenti aspetti dell'assistenza Vidas, barrando la risposta che corrisponde alla sua valutazione.

Il questionario viene compilato in data Dall'assistito
oppure da
Coniuge Convivente Figlio Altro parente Conoscente

Dati anagrafici

1. L'assistito attualmente abita/abitava a:
Milano Provincia di Milano Lombardia Fuori regione

2. Assistenza ricevuta:

domiciliare (A)	In corso	Conclusa
degenza residenziale (B)	In corso	Conclusa
diurna day care (C)	In corso	Conclusa

Per cortesia compilare anche la sezione corrispondente alle diverse tipologie di assistenza.

3. Et  di chi compila il questionario
Inferiore a 24 anni Da 25 a 54 anni Oltre i 54 anni

4. Sesso Maschio Femmina

5. Nazionalit  Italiana Altro

6. Grado di istruzione
Elementari Medie Superiori Universit 

7. Professione
Studente Lavoratore
Non lavoratore (casalinga, pensionato, disoccupato)

8. Come   giunto a chiedere l'assistenza Vidas?

Indicazioni MMG	Indicazioni ospedale	Conoscenza diretta Vidas	Indicazioni di terzi
-----------------	----------------------	--------------------------	----------------------

Accoglienza

1. Come giudica la qualit  dell'accoglienza durante il primo colloquio con l'assistente sociale?

Pessima	Scadente	Accettabile	Buona	Ottima
---------	----------	-------------	-------	--------

2. La sua soddisfazione per le informazioni ricevute sul servizio   stata:

Pessima	Scadente	Accettabile	Buona	Ottima
---------	----------	-------------	-------	--------

A ASSISTENZA DOMICILIARE

1. Ritiene accettabile il tempo intercorso tra il colloquio e il primo intervento a domicilio dei nostri operatori?

Si	No
----	----

2. Come giudica la prima visita domiciliare dei professionisti Vidas?

Pessima	Scadente	Accettabile	Buona	Ottima
---------	----------	-------------	-------	--------

3. Indichi cortesemente quali professionisti sono intervenuti.

<input type="checkbox"/> Infermiere Vidas	<input type="checkbox"/> Medico Vidas
<input type="checkbox"/> Psicologo Vidas	<input type="checkbox"/> Volontario Vidas
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale	<input type="checkbox"/> Altra professione (specificare)

4. Gli operatori hanno soddisfatto le richieste che si sono presentate durante l'assistenza?

	Per nulla	Solo in parte	Sufficientemente	Discretamente	Pienamente
Infermiere					
Medico					
Psicologo					
Fisioterapista					
OSS (igiene)					
Volontario					

5.   stato informato/a rispetto alla situazione clinica della malattia?

Si, in modo completo	<input type="checkbox"/> In modo approssimativo	<input type="checkbox"/> No
----------------------	---	-----------------------------

6. In che modo hanno risposto gli operatori ad aggravamenti improvvisi, necessit  di ricoveri, difficolt  familiari?

Pessimo	Scadente	Accettabile	Buono	Ottimo
---------	----------	-------------	-------	--------

7. Ha usufruito del servizio di reperibilit  telefonica festiva?

Si	No
----	----

Se s , come lo giudica?

Pessimo	Scadente	Accettabile	Buono	Ottimo
---------	----------	-------------	-------	--------

8. Ha avvertito la necessit  di inserire altre figure professionali?

Si	No
----	----

Se s , quali?

Badante	Altri medici	Infermieri privati
---------	--------------	--------------------

9. Nel corso dell'assistenza ha utilizzato ausili di Vidas?

Si	No
----	----

Se s , come giudica il servizio di consegna e di ritiro degli stessi?

Pessimo	Scadente	Accettabile	Buono	Ottimo
---------	----------	-------------	-------	--------