

3

Come valuta la professionalità del personale medico?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Competenza					
Qualità umane/Cortesia					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

Come valuta la professionalità delle altre professioni sanitarie	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Competenza					
Qualità umane/Cortesia					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

Come valuta i servizi offerti dall'Istituto?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Wi-fi					
Biblioteca					
Bancomat					
Bar					
Servizi religiosi					

Ritiene sia opportuno apportare miglioramenti in questo Istituto?  SI  NO

Se sì quali sono i tre aspetti principali suscettibili di miglioramento

Quali sono i tre aspetti principali che, secondo Lei, andrebbero sicuramente migliorati in questo Ospedale?
1)
2)
3)

## Questionario di gradimento Servizi Ambulatoriali



**Gentile Signora, Gentile Signore,**

siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso i nostri Istituti: grazie alle Sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità delle prestazioni.

Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di raccolta, che nelle fasi successive di trattamento ed elaborazione dati.

Riconsegna, per favore, il questionario compilato presso la struttura dove Le è stato fornito

Le siamo davvero grati per la collaborazione

**La Direzione**



WWW.FOIT

**RICERCA E CURA**  
PORTANO ANCHE LA TUA FIRMA  
QUELLA DEL 5X1000

IRE IRE IRE  
ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELENA  
ISTITUTO ONCOLOGICO SAN GALLIGANO

**C.F. 02153140583**

RICERCA SANITARIA

# 1

Le chiediamo innanzitutto alcune INFORMAZIONI GENERALI:

**\*Chi compila il questionario è:**

- il paziente stesso       un genitore, parente, altro

**\*Il paziente è:**

<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	
<input type="checkbox"/> di nazionalità italiana	<input type="checkbox"/> di nazionalità straniera	
<input type="checkbox"/> residente nel territorio del comune di Roma	<input type="checkbox"/> residente nel territorio della Regione Lazio	<input type="checkbox"/> residente fuori Regione Lazio
età: anni .....		
<input type="checkbox"/> Licenza elementare e medie inferiori	<input type="checkbox"/> Diploma	<input type="checkbox"/> Laurea

**\*Il paziente ha usufruito di:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Visita o prestazione ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Ricovero Day-Hospital | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare |
| <input type="checkbox"/> Ricovero Day-Surgery               | <input type="checkbox"/> Radioterapia          | <input type="checkbox"/> Radiologia        |
| <input type="checkbox"/> Centro Prelievi                    | <input type="checkbox"/> Terapia del dolore    |  |
| <input type="checkbox"/> Donazione sangue                   |  |  |

Ambulatorio \_\_\_\_\_

Day Hospital \_\_\_\_\_

Day Surgery \_\_\_\_\_

**E' la prima volta che si rivolge a questa Struttura?**

- Sì     No

**Per quale motivo ha scelto questa Struttura Sanitaria?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Me l'ha consigliata il medico di base      | <input type="checkbox"/> Sito web istituzionale  |
| <input type="checkbox"/> Mi è stato consigliato da uno specialista  | <input type="checkbox"/> Ho la possibilità di essere arruolata/o per sperimentazioni cliniche    |
| <input type="checkbox"/> Me l'hanno consigliata amici/famigliari    | <input type="checkbox"/> Perché è un centro di eccellenza  |
| <input type="checkbox"/> Conosco gli operatori e ho fiducia in loro | <input type="checkbox"/> Perché è un IRCCS (Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico) |
| <input type="checkbox"/> E' vicino a casa                           | <input type="checkbox"/> Perché offrono mezzi diagnostici e terapie innovative                   |

Altro (specificare).....

Ritiene che il nostro sito sia facilmente fruibile dal cittadino?       Sì     No

Se no come lo migliorerebbe? \_\_\_\_\_

# 2

Indichi con una X la sua valutazione su:

Come valuta la facilità di accesso all'Istituto?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Visibilità segnaletica esterna della struttura					
Mezzi di trasporto					
Parcheggio					
Barriere architettoniche					

Come valuta la facilità ad orientarsi all'interno dell'Istituto?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Visibilità segnaletica interna alla struttura					
Chiarezza dei percorsi interni alla struttura					
Presenza di punti informazioni					

Come valuta le condizioni degli ambienti della struttura?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Pulizia e igiene degli ambienti					
Adeguatezza degli ambienti e dei servizi igienici					
Tranquillità e confort degli ambienti					
Temperatura degli ambienti					
Riservatezza degli ambienti					

Come valuta l'accoglienza del servizio?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Cortesìa e professionalità del personale di contatto (accettazione e punto informazioni)					
Relazione con il personale medico					
Relazione con il personale delle professioni sanitarie					
Ascolto e disponibilità del personale medico					
Ascolto e disponibilità del personale sanitario					

Come valuta l'informazione ricevuta?	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono	Eccellente
Chiarezza e completezza delle informazioni in merito ad eventuali rischi correlati ai trattamenti previsti per la cura della sua patologia					
Chiarezza e completezza delle informazioni riportate sul consenso informato.					
Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute sulla malattia					
Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute sul trattamento					
Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute sui controlli successivi ai trattamenti					
Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute sui comportamenti raccomandati da seguire					