



## Questionario di soddisfazione dell'utente in merito alla qualità percepita

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
Gentilezza e cortesia di chi l'ha accolta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo tra ingresso in reparto e consegna posto letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta la qualità delle informazioni fornite al momento del suo ingresso dal personale infermieristico o altro personale di assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta la qualità delle informazioni fornite al momento del suo ingresso dal personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta la qualità delle informazioni fornite al momento del suo ingresso dal personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comfort degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funzionalità servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionario di soddisfazione dell'utente in merito alla qualità percepita

	Ottimo	Buono	sufficiente	Insufficiente
Temperatura delle camere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orario di visita dei familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentilezza e cortesia nei rapporti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità ad ascoltare le richieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni ricevute su diagnosi e stato di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni su rischi legati alle cure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni ricevute al momento della dimissione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attenzione e sostegno nell'assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stata comunicata in tempo utile la data di dimissione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionario di soddisfazione dell'utente in merito alla qualità percepita

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
Come valuta le informazioni date sia a lei che ai suoi familiari su come gestire le terapie e il post ricovero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
Come valuta l'accoglienza del personale di sala operatoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
Informazioni ricevute prima dell'intervento da parte dell'anestesista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
Percezione di benessere e tranquillità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
Come valuta complessivamente il Suo ricovero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
Come valuta complessivamente l'intervento chirurgico al quale è stato sottoposto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
Come valuta l'aiuto della Sua assistente personale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>