

ANEXA 85 la Ordinul Președintelui ANMCS nr. 151 / 2017

CHESTIONARUL PACIENTULUI (formular ANMCS)

Denumire spital

Județ Oraș

Data completării:

Secția în care se află pacientul chestionat:

Salon cu (număr) paturi

Bună ziua, numele meu este și sunt evaluator ANMCS.

Săptămâna aceasta evaluăm activitatea acestui spital.

Sunteți de acord să îmi răspundeți la câteva întrebări ?

Vă mulțumesc și vă asigur că tot ce va fi spus aici va rămâne **confidențial**.

De altfel, informația obținută nu va fi asociată cu numele dumneavoastră dar în mod sigur poate contribui la creșterea calității activității spitalului și a sistemului sanitar, în general.

Nu există răspunsuri corecte sau incorecte, ci doar cele care descriu cel mai bine situația dumneavoastră!

Contăm pe sinceritatea răspunsurilor pe care ni le veți oferi !

Date demografice:

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

Sex: F
M

Vârsta:

Mediu de rezidență : Urban
Rural

Studii: a) primare
b) medii
c) superioare

Nivel venit: a. nu acoperă nici cheltuielile zilnice
b. imi ajung numai pentru strictul necesar
c. imi pot permite si lucruri mai bune
d. nu am probleme cu banii

De câte zile sunteți în spital ?

Aproximativ, la ce oră ați ajuns în salon:

1. Ați remarcat în zona de așteptare sau pe secție materiale informative cu privire la recomandări pentru un regim de viață sănătos sau cum puteți preveni îmbolnăvirile?

DA
NU

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

2. La internare ați fost întrebat dacă vreți ca situația dumneavoastră să fie comunicată unei persoane anume ?

DA

NU

3. Ați fost întrebat de datele de contact ale persoanei nominalizate de dvs. pentru informarea cu privire la boala dvs. ?

DA

NU

4. Ați fost informat cu privire la regulile de comportament in spital ?

DA

NU

5. Ați fost informat cu privire la regulile de igienă personală in spital ?

DA

NU

6. Ați înțeles diagnosticul comunicat de către medicul curant?

DA

NU

7. Ați înțeles informațiile privind tratamentul și investigațiile recomandate de către medicul curant?

DA

NU

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

8. Ați înțeles informațiile primite de la asistente despre cum decurge tratamentul/îngrijirea dumneavoastră?

DA

NU

9. Personalul spitalului verifică dacă informațiile pe care vi le-au oferit sunt înțelese de dvs. ?

DA

NU

10. Ați fost informat cu privire la existența chestionarului de satisfacție al pacientului?

DA

NU

11. Ați fost informat cu privire la modalitatea de completare și locul de depunere a chestionarului de satisfacție al pacientului?

DA

NU

12. În salonul dvs. curățenia se face

O DATĂ PE ZI

DE DOUĂ ORI PE ZI

DE CÂTE ORI ESTE NECESAR PE ZI

13. Internarea a fost

PROGRAMATĂ

ÎN URGENȚĂ

Dacă este „Programată”, atunci

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

14. Vi s-au solicitat de la spital anumite date pentru programare?

DA

NU

Dacă „DA”, atunci

15. Puteți preciza ce date au fost solicitate pentru programare?

.....

.....

.....

16. Ați fost întrebat dacă aveți nevoie de asistență spirituală?

DA

NU

17. Ați fost întrebat ce confesiune spirituală aveți?

DA

NU

18. Asistența spirituală oferită de spital corespunde confesiunii solicitate?

DA

NU

19. În planificarea investigațiilor și tratamentului s-a ținut cont de religia/convingerile dumneavoastră?

DA

NU

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

20. Recoltarea de sânge a fost efectuată de

MEDIC
ASISTENTĂ
NU S-AU PREZENTAT

21. Administrarea intravenoasă a medicației a fost efectuată de

MEDIC
ASISTENTĂ
NU S-AU PREZENTAT

22. Ați fost întrebat dacă sunteți mulțumit de felul în care ați fost îngrijit de către asistentele medicale?

DA
NU

23. Ați fost întrebat dacă sunteți mulțumit de felul în care ați fost îngrijit de către infirmiere?

DA
NU

24. Asistentele v-au explicat pe înțelesul dvs. ce au de făcut legat de îngrijirea dvs.?

25. Ați primit medicamente de la spital pentru tratamentul dumneavoastră ?

Puteți spune numele unui astfel de medicament ?

DA (.....)

NU

27. Ați cumpărat sau v-a cumpărat familia medicamente sau alte materiale medicale necesare tratamentului bolii pentru care ați fost internat?

DA
NU

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

28. La internarea în spital ați primit brățară de identificare?

DA

NU

29. Vi s-au explicat riscurile și posibilele erori legate de administrarea medicamentelor pe care le primiți?

DA

NU

30. Cine v-a adus/v-a însoțit de la serviciul internări până în salon ?

personalul sanitar

familia, prieteni

am mers singur(ă)

nu știu

31. În deplasarea prin spital pentru investigații și/sau consult și/sau tratament ați fost însoțit

personalul sanitar

familia, prieteni

am mers singur(ă)

nu știu

32. Ați fost avertizat cu privire la riscul de cădere/alunecare pe drumul prin spital?

DA

NU

33. Ați primit informații despre cum va evolua boala ?

DA

NU

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

34. Știți data la care veți fi externat(ă) ?

DA

NU

35. Ați fost consultat cu privire la stabilirea momentului externării?

DA

NU

36. Ați fost informat cu privire la momentul externării

CU 24 DE ORE INAINTE

NU AM FOST INFORMAT

ALTĂ VARIANTĂ

37. Ați fost întrebat dacă sunteți de acord cu efectuarea unor investigații mai invazive sau cu risc?

DA

NU

38. Ați fost întrebat dacă sunteți de acord cu efectuarea tratamentului prescris?

DA

NU

39. Ați fost întrebat dacă sunteți de acord cu examinarea dvs. în scop didactic(elevi, studenți, rezidenți) ?

DA

NU

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

40. În timpul consulturilor și manevrelor v-a fost respectată demnitatea și intimitatea (utilizare paravane, limbaj etc.)

DA

NU

41. Puteți să numiți un efect advers sau risc posibil al medicației pe care o utilizați?

.....

42. Știți ce medicamente luați ?

DA

NU

Daca „DA” atunci precizați

.....

.....

43. Știți pentru ce boală luați medicamente?

DA

NU

Daca „DA” atunci precizați

.....

.....

44. Cunoașteți identitatea și statutul profesional al echipei medicale (medic,asistente, infirmiere) implicată în îngrijirea dvs. ?

DA

NU

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

45. Care este boala de care suferiți ?

- a.
- b. încă nu știu ce boală/diagnostic am

46. Ne puteți spune ce analize/investigații ați făcut ?

- DA
- NU știu
- NU am făcut

Pentru secțiile chirurgicale

47. Ați fost operat(ă) ?

- DA
- NU

*Dacă a răspuns „NU” săriți la întrebarea nr.48.
Dacă a răspuns afirmativ continuați cu următoarea întrebare.*

48. La câte zile după internare ați fost operată ?

- ^{49.} ÎN ACEEAȘI ZI
- A DOUA ZI
- DUPĂ 3 ZILE
- DUPĂ 4 ZILE
- DUPĂ 5 ZILE
- MAI MULT DE O SĂPTĂMÂNĂ

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

50. Ați primit explicații despre operație și ce se întâmplă în timpul ei?

DA

NU

51. Înainte de operație ați fost informat și cu privire la eventualele riscuri în vederea semnării de către dumneavoastră a consimțământului ?

DA

NU

52. Urmează să fiți operat(ă) ?

DA

NU

NU știu

Vă mulțumim !

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....