



AZIENDA  
OSPEDALIERA  
SANTA MARIA  
TERNI

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITÀ  
CHIRURGICHE  
*SSD Multidisciplinare Chirurgia a Ciclo Breve*

Responsabile: Dr. Claudio Nazzaro

### SCHEDA DI VALUTAZIONE

Gentile Signore/a,

La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questa scheda, che potrà imbucare nell'apposita casella collocata all'esterno del Reparto, o consegnare al personale infermieristico.

Le informazioni da Lei gentilmente fornite ci permetteranno di migliorare costantemente la qualità del servizio.

ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE IN MERITO AI SEGUENTI ASPETTI:

	BUONO	SUFFICIENTE	SCADENTE
<b><u>ASSISTENZA MEDICA</u></b>			
- Soddisfazione per l'intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Disponibilità a fornire informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</u></b>			
- Qualità dell'assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Disponibilità a fornire informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>TEMPI DI ATTESA</u></b>			
- Dalla prima visita agli accertamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dagli accertamenti all'intervento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>ORGANIZZAZIONE INTERNA</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>FACILITÀ DI CONTATTARE LA STRUTTURA</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>PULIZIA DEL REPARTO</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>IGIENE DEI SERVIZI</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>GIUDIZIO SUL COMFORT OFFERTO DALLA STRUTTURA</u></b>			
- In occasione degli accessi pre-ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Durante il ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Durante la permanenza in Sala Operatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>GRADO DI SODDISFAZIONE DEL RICOVERO</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione?</b>			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Grazie per la disponibilità dimostrata