

La preghiamo di esprimere un giudizio sugli aspetti che seguono

Barrare semplicemente la casella corrispondente al giudizio ritenuto più confacente

LA RESIDENZA				
Confort ed accoglienza della struttura	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
La stanza di degenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il Nucleo di degenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli ambienti comuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCESSO/ACCOGLIENZA	SI	NO
Il giorno dell'ingresso le sono stati indicati i vari operatori- a cui rivolgersi in caso di necessità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha visionato la carta dei servizi consegnatale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le informazioni ricevute la parte del personale amministrativo sono state chiare e complete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMAZIONI AI FAMIGLIARI (Emergenza sanitaria da SARS-COV2)				
	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
Chiarezza nelle comunicazioni relative all'emergenza ed alle misure di contenimento del rischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELAZIONE DEL PERSONALE CON L'OSPITE O CON IL SUO FAMIGLIARE				
	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
Capacità di ascolto, disponibilità e chiarezza nelle risposte del personale ASSISTENZIALE (ASA/OSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di ascolto, disponibilità e chiarezza nelle risposte del personale INFERMIERISTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di ascolto, disponibilità e chiarezza nelle risposte del personale MEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di ascolto, disponibilità e chiarezza nelle risposte del personale EDUCATIVO (animatori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di ascolto, disponibilità e chiarezza nelle risposte del personale AMMINISTRATIVO / URP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERVIZI OFFERTI DALLA RESIDENZA				
	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
RISTORAZIONE	<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"/>
LAVANDERIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARRUCCHIERE/BARBIERE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PODOLOGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERVIZIO DI CURA ALL'OSPITE				
	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
SERVIZIO MEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO INFERMIERISTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO ASSISTENZIALE (ASA/OSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO EDUCATIVO/ANIMATIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO FISIOTERAPICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IGIENE DELL'OSPITE E CURA ESTETICA				
	soddisfacente	accettabile	non soddisfacente	non so non ho elementi per rispondere
IGIENE E PULIZIA DELL'OSPITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABBIGLIAMENTO E CURA DELL'ASPETTO DELL'OSPITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La scelta per l'inserimento dell'Ospite nella nostra RSA è avvenuta:	SI	NO
Su suggerimento del medico di base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su suggerimento di conoscenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per motivi economici (costo retta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro specificare		

VALUTAZIONE CONCLUSIVE	SI	NO	non so non ho elementi per rispondere
	Ha avuto precedenti esperienze in altre strutture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consiglierebbe la ns. residenza ad un suo conoscente?			

FREQUENZA DELLE VISITE PARENTI ALL'OSPITE								
OGNI GIORNO	PIU' VOLTE ALLA SETTIMANA	UNA VOLTA A SETTIMANA						
PIU' VOLTE AL MESE	UNA VOLTA AL MESE	MENO DI UNA VOLTA AL MESE						

Osservazioni/ suggerimenti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Eventuali altre segnalazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

IL QUESTIONARIO E' STATO COMPILATO DA	OSPITE	FAMIGLIARE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La ringraziamo per la sua collaborazione ed il suo contributo