

دانشگاه علوم پزشکی ایران

پرسش‌نامه رضایت‌سنجی بیماران از خدمات بیمارستانی

مرکز آموزشی درمانی ودکان حضرت علی اصغر(ع)

FO/QM/095

**این پرسش‌نامه به منظور سنجش میزان رضایت شما از خدمات ارائه شده در بیمارستان تهیه گردیده است. خواهشمند است با ارائه پاسخ‌هاي دقيق و صادقانه خود ما را در بهبود خدمات اين مركز ياري دهيد؛ پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما کمال تشکر را داريم.**

|  |
| --- |
| لطفاً تعداد مراجعات خود را مشخص فرمائيد . □ اولین مراجعه □ بین 2 تا 4 مراجعه □ بیش از 5 مراجعه |
| میزان تحصیلات همراه: □ زیر دیپلم □ دیپلم □ فوق دیپلم □ لیسانس □فوق لیسانس □دکترا و بالاتر |
| مدت بستری: بخش بستری: |
| علت انتخاب اين بيمارستان: □ نزديكي به محل كار و يا منزل □توصيه آشنايان □ رضايت از خدمات بيمارستان در مراجعات قبلي □ هزينه پايين □ حضور كادر مجرب و متخصص و تجهيزات □ ارجاع از ساير مراكز |
| ردیف | سوالات  | بسیار خوب | خوب | متوسط | ضعیف | بسیار ضعیف |
| 1 | آیا قبل از پذیرش اطلاعات کامل در مورد نوع بیمارستان و قوانین مربوطه به شما داده شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 2 | آیا تابلوها و علائم موجب گردید تا به راحتی و بدون سرگردانی بخش­های بیمارستان را پیدا کنید؟ |  |  |  |  |  |
| 3 | آیا از نحوه برخورد و عملکرد پرسنل انتظامات رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 4 | آیا از نحوه برخورد و عملکرد پرسنل پذیرش رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 5 | زمان انتظار خالی شدن تخت و بستری در بخش را چگونه ارزیابی می­کنید؟ |  |  |  |  |  |
| 6 | آیا از حقوق بیمار آگاهی دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 7 | آیا از فرآیند رسیدگی به شکایات آگاهی دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 8 | آیا توضیحات توسط پزشک به زبان قابل فهم و ساده برای شما ارائه شده است و از آن رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 9 | آیا از نتیجه درمان خود رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 10 | آیا از آموزش­های حین ترخیص که توسط پزشک ارائه شده است رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 11 | نحوه برخورد و رفتار پرستاران را چگونه ارزیابی می­کنید؟ |  |  |  |  |  |
| 12 | آیا پرستاران در تمام شیفت­ها خود را به شما معرفی می­کنند؟ |  |  |  |  |  |
| 13 | میزان و کیفیت آموزش­های ارائه شده توسط پرستاران در مدت بستری و ترخیص چگونه ارزیابی می­کنید؟ |  |  |  |  |  |
| 14 | آیا پرستاران به موقع به نیازهای شما پاسخ داده­اند؟ |  |  |  |  |  |
| 15 | آیا از نظافت بخش بستری خود رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 16 | آیا از کیفیت و نحوه تعویض ملحفه، پتو و لباس بیمار خود رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 17 | آیا از وضعیت نور، تهویه و سیستم سرمایش و گرمایش بخش و اتاق خود رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 18 | آیا از نحوه ارائه خدمات تشخیصی مانند سونوگرافی،رادیولوژی، آزمایشگاه رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 19 | آیا از نحوه برخورد پرسنل واحدهای تشخیصی درمانی رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 20 | آیا از کیفیت غذا رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 21 | آیا آموزش­های لازم در صورت داشتن رژیم خاص به شما داده شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 22 | به طور کلی حریم خصوصی شما و اصل رازداری در این مرکز رعایت شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 23 | آیا از انجام به موقع ترخیص رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 24 | آیا از نحوه عملکرد و رفتار پرسنل ترخیص رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 25 | آیا از نحوه عملکرد و رفتار پرسنل صندوق رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |

ج – چنانچه پیشنهاد یا انتقادی دارید، ذکر بفرمائید .