بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

معاونت درمان

پرسشنامه رضایت سنجی از خدمات بیمارستانی

 این پرسشنامه به منظور تعیین میزان رضایت شما عزیزان از کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان طراحی گردیده است، خواهشمند است موارد را به دقت خوانده و به سوالات پاسخ دهید.

|  |
| --- |
| لطفاً تعداد مراجعات خود به بیمارستان را مشخص فرمایید. اولین مراجعه 🞏 بین 2 تا 4 مراجعه 🞏 بیش از 5 مراجعه 🞏 |
| آیا در 10 سال گذشته سابقه بستری در دیگر بیمارستان های کشور را داشته اید؟ بله 🞏 خیر 🞏  |
| سن (سال): |  جنس: مونث 🞏 مذکر 🞏 |  وضعیت تأهل: مجرد 🞏 متأهل 🞏  | محل سکونت: شهر 🞏 روستا 🞏 |
| میزان تحصیلات: بی سواد 🞏 سیکل 🞏 دیپلم 🞏 فوق دیپلم 🞏 لیسانس 🞏 فوق لیسانس 🞏 دکتری و بالاتر 🞏 |
| شغل: کارمند 🞏 آزاد 🞏 بیکار 🞏 | بخش بستری: | تکمیل شده توسط: بیمار 🞏 همراه بیمار 🞏 مصاحبه گر 🞏 |
| نحوه بستری: ارجاع از اورژانس 🞏 ارجاع از درمانگاه 🞏 ارجاع از مطب 🞏 اعزام 🞏  |
| زمان تکمیل فرم: حین بستری 🞏 زمان ترخیص 🞏 پس از ترخیص 🞏 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **میزان رضایت** | **موارد ارزیابی** | **حیطه بررسی** |
| **خیلی کم****(1 امتیاز)** | **کم****(2 امتیاز)** | **متوسط****(3 امتیاز)** | **زیاد****(4 امتیاز)** | **خیلی زیاد****(5 امتیاز)** |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد نگهبان با شما  | نگهبانی |
|  |  |  |  |  | برقراری نظم در بیمارستان و بخش ها |
|  |  |  |  |  | ارائه راهنمایی های لازم در صورت نیاز |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد پرسنل پذیرش با شما | پذیرش |
|  |  |  |  |  | سرعت و سهولت در مراحل پذیرش |
|  |  |  |  |  | ارائه آموزش های لازم بدو پذیرش |
|  |  |  |  |  | رعایت نوبت وقت ویزیت- عمل جراحی- سایر اقدامات مورد نیاز |
|  |  |  |  |  | ارائه توضیحات کافی در رابطه با نوع بیمه، هزینه ها، نوع اتاق و سایر موارد مورد نیاز با صبر و آرامش |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد و پاسخگویی پزشکان | خدمات پزشکی |
|  |  |  |  |  | در دسترس بودن پزشکان در صورت نیاز |
|  |  |  |  |  | ویزیت روزانه توسط پزشک هنگام بستری |
|  |  |  |  |  | حفظ حریم خصوصی شما هنگام معاینه پزشکی |
|  |  |  |  |  | ارائه آموزش هاي لازم توسط پزشک ( درطول زمان بستری و ترخیص) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **میزان رضایت** | **موارد ارزیابی** | **حیطه بررسی** |
| **خیلی کم****(1 امتیاز)** | **کم****(2 امتیاز)** | **متوسط****(3 امتیاز)** | **زیاد****(4 امتیاز)** | **خیلی زیاد****(5 امتیاز)** |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد و پاسخگویی پرسنل پرستاري | خدمات پرستاری |
|  |  |  |  |  | نحوه سرکشی سرپرستار بخش به صورت روزانه از شما |
|  |  |  |  |  | ارائه آموزش ها درطول زمان بستری و ترخیص توسط کادر پرستاري |
|  |  |  |  |  | میزان رسیدگی پرستاران و ارائه خدمات به شما |
|  |  |  |  |  | دسترسی به پرسنل پرستاري درصورت نیاز |
|  |  |  |  |  | فراهم کردن تسهیلات لازم جهت بهداشت فردي ( در اختیارقراردادن لباس و ملحفه و...) |
|  |  |  |  |  | ارائه اطلاعات در مورد مراقبت از خود توسط پرستار (رعایت دستورات غذایی، استفاده از دارو و...) |
|  |  |  |  |  | حفظ حریم خصوصی شما هنگام انجام مراقبت توسط پرسنل پرستاري |
|  |  |  |  |  | کمک به شما در انجام امور مختلف ( خوردن دارو، غذا و...) |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد پرسنل خدماتی | امکانات بهداشتی و رفاهی |
|  |  |  |  |  | تعویض به موقع لباس، ملحفه و پتو |
|  |  |  |  |  | وضعیت بهداشتی و نظافتی (اتاق ها، دستشویی، حمام و...) |
|  |  |  |  |  | مناسب بودن ساعت ملاقات  |
|  |  |  |  |  | امکان وجود همراه با بیمار |
|  |  |  |  |  | امکانات رفاهی (تلویزیون، صندلی و ...) |
|  |  |  |  |  | وجود مکان مناسب براي انجام فرایض دینی |
|  |  |  |  |  | نحوه ارائه خدمات آمبولانس در اعزام ها و یا دریافت خدمات در دیگر بیمارستان ها |
|  |  |  |  |  | رعایت حفظ حریم خصوصی و تفکیک فضاي زن و مرد |
|  |  |  |  |  | علائم راهنما براي مراجعه به واحدهاي مختلف |
|  |  |  |  |  | نحوه انتقال به بخش و یا جابه جایی بین بخش های مختلف بیمارستان |
|  |  |  |  |  | وجود آرامش در بخش( امکانات سرمایشی و گرمایشی، وضعیت سرو صدا ، نور و ...) | تأسیسات |
|  |  |  |  |  | وضعیت تهویه اتاق ها |
|  |  |  |  |  | رفع سریع مشکلات تأسیساتی فضای بستری |
|  |  |  |  |  | توزیع به موقع غذا | تغذیه |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد توزیع کننده غذا |
|  |  |  |  |  | بهداشت و نظافت توزیع کننده غذا |
|  |  |  |  |  | نحوه سرو غذا و جمع آوري ظروف |
|  |  |  |  |  | کیفیت غذا |
|  |  |  |  |  | انجام مشاوره های تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه |
|  |  |  |  |  | رعایت رژیم غذایی بیمار |
|  |  |  |  |  | وجود منو غذا و حق انتخاب غذا |
| **میزان رضایت** | **موارد ارزیابی** | **حیطه بررسی** |
| **خیلی کم****(1 امتیاز)** | **کم****(2 امتیاز)** | **متوسط****(3 امتیاز)** | **زیاد****(4 امتیاز)** | **خیلی زیاد****(5 امتیاز)** |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد کارکنان آزمایشگاه | آزمایشگاه |
|  |  |  |  |  | انجام به موقع آزمایشات |
|  |  |  |  |  | دقت و مهارت نمونه گیر آزمایشگاه |
|  |  |  |  |  | اعلام به موقع نتایج آزمایشات |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد و پاسخگویی کارکنان تصویر برداري (رادیولوژي- سونوگرافی- سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، اکو، تست ورزش) | تصویر برداری |
|  |  |  |  |  | انجام به موقع خدمات (رادیولوژي- سونوگرافی- سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، اکو، تست ورزش) |
|  |  |  |  |  | مدت زمان انتظار در واحد تصویر برداري |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد و پاسخگویی کارکنان | داروخانه |
|  |  |  |  |  | تهیه به موقع داروهای مورد نیاز |
|  |  |  |  |  | آموزش لازم جهت مصرف دارو |
|  |  |  |  |  | نحوه پذیرش و مدت انتظار |
|  |  |  |  |  | حضور نماینده بیمه در بیمارستان جهت رویت به موقع شما | بیمه |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد نماینده بیمه با شما |
|  |  |  |  |  | ارائه راهنمایی های لازم برای انجام امور بیمه گری |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد پرسنل ترخیص | ترخیص |
|  |  |  |  |  | سرعت و سهولت در مراحل ترخیص  |
|  |  |  |  |  | نحوه برخورد پرسنل صندوق |
|  |  |  |  |  | پرداخت هزینه فقط در صندوق |
|  |  |  |  |  | در صورت مراجعه به دفتر آیا از این واحد راضی هستید؟ | مدیریت بیمارستان |
|  |  |  |  |  | آیا از فراهم بودن داروهای تجویز شده رضایت دارید؟ |
|  |  |  |  |  | آیا از رسیدگی به اعتراضات و شکایت های بیماران در این بیمارستان راضی هستید؟ |
|  |  |  |  |  | آیا از امکانات دستگاه های کپی، خودپرداز و غیره در این بیمارستان راضی هستید؟ |
|  |  |  |  |  | آیا از نحوه واحد مددکاری در بیمارستان راضی هستید؟ |

 تاریخ تکمیل فرم: / / 13