



SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA

str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanta

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: [secretariat@spitalharsova.ro](mailto:secretariat@spitalharsova.ro)

Operator de date cu caracter personal

[www.spitalharsova.ro](http://www.spitalharsova.ro)



ANMCS

unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE

## CHESTIONARUL PACIENTULUI

*Stimate pacient,*

Spitalul realizează un sondaj de opinie în rândul pacienților internați cu privire la calitatea serviciilor oferite în cadrul unității sanitare. Acest demers se derulează periodic în cadrul spitalului nostru și are ca obiectiv îmbunătățirea comunicării cu pacienții și creșterea calității serviciilor oferite în cadrul unității sanitare.

***Atenție! Opiniile exprimate de dumneavoastră în cadrul chestionarului trebuie să se refere doar la această internare.***

***Având în vedere că spitalul își desfășoară activitatea în cadrul unui sistem de management al calității care impune satisfacerea cât mai deplină a cerințelor și așteptărilor dumneavoastră, vă rugăm să aveți amabilitatea de a completa acest chestionar care conține întrebări relevante pentru spital.***

***Vă rugăm să îl depuneți în cutiile special amenajate de pe compartimentul în care sunteți internat/ă sau la biroul internări.***

***În situația în care vreți să menționați aspecte pozitive/negative despre îmbunătățirea îngrijirilor medicale din timpul spitalizării, vă rugăm să le enumerați la rubrica „Alte mențiuni”***  
***Pentru situațiile pacienților fără discernământ temporar sau constant chestionarul de evaluare feedback/satisfacție a pacienților este completat de aparținător. În acest caz se vor completa informațiile din Anexa nr. 2***

***Modalitatea de răspuns este de a încercui, la fiecare întrebare, cifra care corespunde răspunsului cel mai apropiat opiniei dumneavoastră. Fiecare linie din tabel reprezintă o întrebare și necesită un răspuns.***

***Chestionarul este confidențial/anonim și vizează doar prelucrări statistice, care au ca obiect înțelegerea opiniilor pacienților cu privire la calitatea serviciilor oferite de spital.***

***Vă mulțumim anticipat pentru implicarea dumneavoastră în acest demers important!***  
***Date statistice (vă rugăm încercuiți/completați):***

Sexul respondentului/celui care a răspuns la chestionar: \_\_\_\_\_ 1. Bărbătesc      2. Femeiesc

Vârsta respondentului: ..... ani

Ultima școală absolvită:

1. Școală elementară (4 clase, 10 clase, școală profesională)
2. Școală medie (liceu, școală postliceală)
3. Școală superioară (universitate, master, doctorat)

Rezidența:

1. În mediul urban (într-un oraș/municipiu, indiferent de județ)



SPITALUL ORĂSENESC HÂRȘOVA

str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanta

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: [secretariat@spitalharsova.ro](mailto:secretariat@spitalharsova.ro)

Operator de date cu caracter personal

[www.spitalharsova.ro](http://www.spitalharsova.ro)



unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE

**2. În mediul rural (într-o comună, indiferent de județ)**

Compartimentul în care ați fost internat: .....

Luna internării: .....

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie;

Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Aspecte	Foarte mulțumit	Mulțumit	Nici mulțumit, nici nemulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit
<b>1. Cât de mulțumit sunteți, în general, de... ?</b>					
a. calitatea serviciilor medicale primite în acest spital?	1	2	3	4	5
b. modul în care v-au fost respectate drepturile de pacient?	1	2	3	4	5
<b>2. Cât de mulțumit ați fost de... ?</b>					
a. timpul de așteptare până la prima examinare de către medic în cadrul compartimentului în care ați fost internat?	1	2	3	4	5
b. modul în care ați fost consultat de medicul curant (care v-a îngrijit în compartiment)?	1	2	3	4	5
c. tratamentul primit în perioada de spitalizare?	1	2	3	4	5

Afirmații	În foarte mare măsură	În mare măsură	Nici mare, nici mică măsură	În mică măsură	În foarte mică măsură
<b>3. În ce măsură următoarele afirmații despre medicul care v-a tratat sunt adevărate?</b>					
a. Mi-a acordat respectul și atenția cuvenită unui pacient.	1	2	3	4	5
b. A răspuns la întrebările puse de mine.	1	2	3	4	5
c. S-a ocupat cu atenție de cazul meu.	1	2	3	4	5
d. A înțeles problemele mele medicale.	1	2	3	4	5
e. A manifestat interes în rezolvarea problemei mele medicale.	1	2	3	4	5
<b>4. În ce măsură următoarele afirmații despre asistentele medicale/asistenții medicali sunt adevărate?</b>					
a. Mi-a acordat respectul și atenția cuvenite unui pacient.	1	2	3	4	5



SPITALUL ORĂSENESC HÂRȘOVA

str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanta

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: [secretariat@spitalharsova.ro](mailto:secretariat@spitalharsova.ro)

Operator de date cu caracter personal

[www.spitalharsova.ro](http://www.spitalharsova.ro)



ANMCS

unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE

b.A răspuns la întrebările puse de mine.	1	2	3	4	5
c.A respectat orele de administrare a tratamentului recomandat de medic.	1	2	3	4	5
d.A înțeles problemele mele medicale.	1	2	3	4	5
e. A manifestat interes în tratarea mea.	1	2	3	4	5
<b>5. În ce măsură ați fost informat sau vi s-au explicat de către personalul medico-sanitar despre ...?</b>					
a.cum va decurge examinarea medicală	1	2	3	4	5
b.cum se recoltează probele de sânge/biologice	1	2	3	4	5
c.informații privind modul de administrare și efectele medicamentelor pe care le utilizați	1	2	3	4	5
d.analizele și/sau investigațiile pe care le-ați efectuat pe perioada spitalizării	1	2	3	4	5
e.rezultatul analizelor dumneavoastră	1	2	3	4	5
f.riscurile unei operații/intervenții chirurgicale/ale tratamentului indicat de medic	1	2	3	4	5
g.consecințele unui posibil refuz/opririi actului medical recomandat de medic	1	2	3	4	5
h.posibile tratamente alternative pentru afecțiunea dumneavoastră	1	2	3	4	5
i.natura și scopul tratamentului administrat	1	2	3	4	5
j.riscurile generate de lipsa igienei personale	1	2	3	4	5
k.importanța și existența la nivelul spitalului a procedurii de identificare a pacienților	1	2	3	4	5
l.informații cu privire la situațiile și locațiile cu risc de cădere și/sau alunecare	1	2	3	4	5
m.despre identitatea și statutul profesional al echipei medicale care au fost implicate în tratarea dumneavoastră	1	2	3	4	5

#### 6. Pe perioada internării:

Aspecte	DA	NU
a. ați solicitat serviciile unui medic preferat	1	2
b. ați primit serviciile unui medic preferat	1	2
c. ați solicitat și o altă opinie medicală, referitoare la diagnosticul medicului curant, pe perioada internării	1	2
d. ați primit o altă opinie medicală pe perioada internării	1	2

#### 7. Pe perioada internării medicamentele și materialele sanitare au fost asigurate:

Încercuiți o singură cifră - 1, 2, 3 sau 4!

a. Integral de spital	1
-----------------------	---



SPITALUL ORĂSENESC HÂRȘOVA

str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanta

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: [secretariat@spitalharsova.ro](mailto:secretariat@spitalharsova.ro)

Operator de date cu caracter personal

[www.spitalharsova.ro](http://www.spitalharsova.ro)



ANMCS

unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE

b. În mare măsură din resursele spitalului (am cumpărat medicamente simple, calmante, feșe etc.)	2
c. În mică măsură din resursele spitalului (am cumpărat medicamente scumpe)	3
d. Integral de mine (pacient)	4

**8. Cum apreciați, din punctul de vedere al confortului, următoarele condiții din spital?**

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b, c, d, e, f, g, h); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Aspecte	Foarte bune	Bune	Nici bune, nici proaste	Proaste	Foarte proaste
a. Iluminatul natural sau electric al spațiilor/încăperilor din spital	1	2	3	4	5
b. Temperatura/ventilația din spital	1	2	3	4	5
c. Programul de primire a vizitelor	1	2	3	4	5
d. Curățenia generală din spital	1	2	3	4	5
e. Funcționalitatea grupurilor sanitare	1	2	3	4	5
f. Condițiile de cazare din salon	1	2	3	4	5
g. Culorile și ornamentele folosite la decorarea spațiilor	1	2	3	4	5

9. EXTERNAREA	Da	Nu
9.1. În momentul întocmirii documentelor de externare ați fost informați de suma cheltuită pentru spitalizarea dumneavoastră prin oferirea unei copii a decontului de cheltuieli?	1	2
9.2. V-ați gândit să solicitați informații despre suma cheltuită pentru spitalizarea dumneavoastră (decontul de cheltuieli)?	1	2
9.3. Ați fost informat despre data estimată a externării?	1	2
<b>10. În cadrul spitalului sunt afișe care să prezinte drepturile și/sau obligațiile pacienților/asiguraților?</b>	1	2
<b>11. Cărui personal ați oferit din propria inițiativă bani sau alte atenții ca recunoștință pentru modul în care ați fost îngrijit? Un singur răspuns pe linie!</b>		
a. Medicilor	1	2
b. Asistentelor medicale/Asistenților medicali	1	2
c. Infirmierelor	1	2
d. Personalului auxiliar (brancardieri, agenți de pază etc.)	1	2
<b>12. Vi s-au cerut, într-un fel sau altul, bani sau atenții de către personalul medico-sanitar al spitalului?</b>		
a. De către medici	1	2
b. De către asistente/asistenți	1	2
c. De către infirmiere	1	2
d. De către personalul auxiliar (brancardieri, agenți de pază etc.)	1	2



SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA

str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanta

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: [secretariat@spitalharsova.ro](mailto:secretariat@spitalharsova.ro)

Operator de date cu caracter personal

[www.spitalharsova.ro](http://www.spitalharsova.ro)



ANMCS

unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE

**13. Cunoașteți faptul că puteți sesiza, prin consiliul de etică al spitalului, orice faptă care încalcă etica sau deontologia medicală (atitudine lipsită de profesionalism, lipsa consimțământului informat al pacientului, alte încălcări ale drepturilor pacientului, condiționarea actului medical ș.a.)?**

1. Da 2. Nu

**14. Vă rugăm să acordați calificative pentru următoarele servicii:**

a) alimentație :

Foarte bună	Bună	Nici bună, nici proastă	Proastă	Foarte proastă

b) modul în care se distribuie hrana

Foarte bună	Bună	Nici bună, nici proastă	Proastă	Foarte proastă

c) amabilitatea și disponibilitatea personalului medical

Foarte bune	Bune	Nici bune, nici proaste	Proaste	Foarte proaste

**15. La explorările funcționale care vi s-au recomandat ați fost însoțit de :**

- Asistent
- Infirmeră
- Apartinător
- ați mers singur

**16. De la serviciul internări până în salon ați fost însoțit de:**

- personalul sanitar
- familie, prieteni
- am mers singur/ă

**17. Ați fost instruit asupra modului în care trebuie să primiți medicamentele:**

- Da întotdeauna
- Da uneori
- Nu niciodată

**18. Vă declarați mulțumit despre modul în care ați fost informat cu privire la aplicarea planului de îngrijire:**

Da în mod cert	Probabil ca da	Poate da, poate nu	Mai degrabă nu	Sigur nu

**19. Vă declarați mulțumit despre modul în care ați fost informat cu privire la diagnostic, la cum va decurge investigația, modul în care trebuie să respectați medicația, modul în care vi s-au prezentat efectele adverse și sau riscurile pe care medicamentele sau procedurile admistrate le vor avea asupra dumneavoastră:**

Da în mod cert	Probabil ca da	Poate da, poate nu	Mai degrabă nu	Sigur nu





SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA

str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanta

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: [secretariat@spitalharsova.ro](mailto:secretariat@spitalharsova.ro)

Operator de date cu caracter personal

[www.spitalharsova.ro](http://www.spitalharsova.ro)



unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE

**Vă rugăm să enunțați un risc sau efect advers la unul dintre medicamentele administrate și la una dintre procedurile terapeutice care va vor fi administrate:**

**Medicamentul.....Risc/ Efectul advers.....**

**Procedura terapeutică ..... Risc/Efectul advers .....**

**20. Deciziile cu privire la stabilirea și planificarea planului de investigații, a planului de tratament au fost luate după ce ați fost informat și ați fost consultat în acest sens:**

Da în mod cert	Probabil ca da	Poate da, poate nu	Mai degrabă nu	Sigur nu

**21. În timpul internării s-a ținut cont de convingerile dumneavoastră religioase:**

Da în mod cert	Probabil ca da	Poate da, poate nu	Mai degrabă nu	Sigur nu

**22. Dacă un apropiat, un prieten, o altă persoană ar avea nevoie de un serviciu medical i-ați recomanda să se adreseze spitalului nostru:**

Da în mod cert	Probabil ca da	Poate da, poate nu	Mai degrabă nu	Sigur nu

**23. Dacă ar fi necesar să va reinternati v-ați mai adresa spitalului nostru:**

Da în mod cert	Probabil ca da	Poate da, poate nu	Mai degrabă nu	Sigur nu

**24. Vă rugăm să bifați calificative pentru următoarele servicii:**

a. Cazare:  foarte bine  bine  nesatisfăcător

b. Curățenie:  foarte bine  bine  nesatisfăcător

c. Alimentație:  foarte bine  bine  nesatisfăcător

d. Calitatea și aspectul lenjeriei și al efectelor:  foarte bine  bine  nesatisfăcător

e. Atitudinea personalului de la registratură:  foarte bine  bine  nesatisfăcător

f. Timpul acordat de medicul de salon pentru consultație: foarte bine  bine  nesatisfăcător

**25. De câte ori pe zi se face curățenie în salonul dumneavoastră:**

o dată pe zi

de 2 ori pe zi

de trei sau mai multe ori

**26. Ați consumat mâncarea servită în spital?**

Da

Nu

**27. Dacă nu ați servit mâncarea oferită de spital vă rugăm menționați de ce:**

țin regim și nu am avut posibilitatea respectării lui în spital

nu mi-a plăcut gustul

este insuficientă

nu mi-au plăcut condițiile în care a fost servită

**28. Calitatea hranei și a serviciilor de servire le apreciați ca fiind pe măsura așteptărilor dumneavoastră:**

Da în mod cert	Probabil că da	Poate da,	Mai degrabă	Sigur nu



SPITALUL ORĂŞENESC HÂRŞOVA

str. Vadului, nr. 76, Hârşova, jud. Constanta

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: [secretariat@spitalharsova.ro](mailto:secretariat@spitalharsova.ro)

Operator de date cu caracter personal

[www.spitalharsova.ro](http://www.spitalharsova.ro)



ANMCS

unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE

cert		poate nu	nu	

**29. Varietatea regimurilor alimentare:**

- a fost acelaşi de la internare până la externare
- s-a schimbat de două ori pe săptămâna
- s-a schimbat în fiecare zi
- am putut să aleg mai multe variante

„Alte menţiuni”

-----  
-----  
-----  
-----

**Vă mulţumim!**