

ANEXA 65 la Ordinul Președintelui ANMCS nr. 8 / 18.01.2018

## Interviul pacientului

### - Metoda traseului pacientului –

Denumire spital .....

Județ ..... Oraș .....

Numele evaluatorului .....

Data completării: .....

Secția în care se află pacientul intervievat: .....

*Bună ziua, numele meu este..... și sunt evaluator din partea  
Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate.*

*Săptămâna aceasta evaluăm activitatea acestui spital din punct de vedere al calității serviciilor și a  
siguranței pacientului.*

***Sunteți de acord să îmi răspundeți la câteva întrebări?***

*Vă mulțumesc și vă asigur că tot ce va fi spus aici va rămâne confidențial. Informațiile obținute nu vor fi  
asociate cu numele dumneavoastră.*

***Acestea vor contribui la creșterea calității activității spitalului și a sistemului sanitar, în general.***

***Nu există răspunsuri corecte sau incorecte, ci doar cele care descriu cel mai bine situația  
dumneavoastră!***

***Contăm pe sinceritatea răspunsurilor pe care ni le veți oferi!***

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

1. În ce zi ați ajuns pentru internare?

L ☐ Ma ☐ Mi ☐ J ☐ V ☐ S ☐ ☐ ☐

2. Care a fost modalitatea prin care v-ați internat?

- a) Camera de gardă
- b) Urgență
- c) Ambulatoriul spitalului
- d) Birou internări / Recepție


3. În zona de așteptare de la recepție / biroul internări ați observat un sistem funcțional de programare?

- a. DA
- b. NU


4. Vi s-a pus la dispoziție un vestiar sau garderobă unde să vă depozitați hainele și bunurile personale cu care ați venit?

- a. DA
- b. NU


5. Vi s-a pus la dispoziție un set de pijamale, halate, papuci, potrivite și lenjerie de pat din partea spitalului?

- a. DA
- b. NU


Nume și prenume evaluator:.....  
Semnătura:.....

6. La internare v-au fost aduse la cunoștință riscurile aferente tratamentului / investigațiilor propuse cât și riscurile aferente datelor personale?

a. DA

b. NU


7. Ați semnat o declarație de consimțământ?

a. DA

b. NU


8. Ați fost informat cu privire la riscurile de cădere în incinta spitalului?

a. DA

b. NU


9. Ați fost întrebat dacă doriți să vi se asigure asistență spirituală?

a. DA

b. NU


10. După prima consultație vi s-a comunicat data estimată de externare?

a. DA

b. NU


11. Aveți acces la grupul sanitar din salon?

a. DA

b. NU


Nume și prenume evaluator:.....  
Semnătura:.....

12. Ați observat pe secție afișat programul de servire a mesei?

a. DA

b. NU


13. Ați observat pe secție afișat meniul zilnic?

a. DA

b. NU


14. Ați fost informat în legătură cu programul și condițiile de vizită a aparținătorilor?

a. DA

b. NU


15. În cadrul investigațiilor / tratamentelor efectuate, personalul medical a purtat întotdeauna mănuși?

a. DA

b. NU


Nume și prenume evaluator:.....  
Semnătura:.....

***Pentru secțiile chirurgicale***

16. Cum ați fost transportat de la salon la blocul operator?

- a) Pe picioare
- b) Pe targă
- c) Cu căruciorul


Vârsta pacientului: .....

**Vă mulțumesc!**

**Copie FOCG - după interviu**

**Fără nume și prenume și fără CNP**

Nume și prenume evaluator:.....  
Semnătura:.....