

ANEXA 66 la Ordinul Președintelui ANMCS nr. 8 / 18.01.2018

**CHESTIONARUL PACIENTULUI (formular ANMCS)**

Denumire spital .....

Județ ..... Oraș .....

Data completării: .....

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

Salon cu .... (număr) paturi

*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:.....

**Date demografice:**

**Sex:** M ☐ F ☐

**Vârstă:**

**Mediu de rezidență :** Urban  
Rural


**Studii:** a) primare  
b) medii  
c) superioare


**Nivel venit:** a) nu acoperă nici cheltuielile zilnice  
b) îmi ajung numai pentru strictul necesar  
c) îmi pot permite și lucruri mai bune  
d) nu am probleme cu banii


De câte zile sunteți în spital? .....

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

1. La internare ați fost informat cu privire la regulile de comportament în spital?

a. DA


b. NU

2. La internare ați fost informat cu privire la regulile de igienă personală în spital?

a. DA


b. NU

3. Ați fost întrebat dacă aveți nevoie de asistență spirituală?

a. DA


b. NU

4. La internare ați fost informat cu privire la riscul de cădere / alunecare în incinta spitalului?

a. DA


b. NU

5. Cine v-a adus / v-a însoțit de la serviciul internări până în salon?

a) personalul sanitar


b) familia


c) prieteni


d) am mers singur(ă)

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

6. În salonul dumneavoastră se face curățenie:

- a) o dată pe zi
- b) de două ori pe zi
- c) de câte ori este necesar pe zi


7. În deplasarea prin spital pentru investigații și / sau consult și / sau tratament ați fost însoțit de:

- a) personalul sanitar
- b) familie
- c) prieteni
- d) am mers singur(ă)


8. Tratamentul și investigațiile recomandate de către medicul curant v-au fost explicate pe înțelesul dumneavoastră?

- a. DA
- b. NU


9. Îngrijirile pe care le-ați primit sau urmează să le primiți v-au fost explicate pe înțelesul dumneavoastră?

- a. DA
- b. NU


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

10. Diagnosticul comunicat de către medicul curant v-a fost explicat pe înțelesul dumneavoastră?

a. DA


b. NU

11. Cunoașteți identitatea și statutul profesional al echipei medicale (medic, asistente, infirmiere) implicate în îngrijirea dumneavoastră?

a. DA


b. NU

12. Vi s-au explicat riscurile medicației prescrise și riscurile asocierilor de medicamente pe care le primiți?

a. DA


b. NU

13. Puteți să numiți un efect advers sau risc posibil al medicației pe care o utilizați?

a. DA


b. NU

Dacă DA, se pot da exemple:

.....

.....

.....

14. Ați cumpărat sau v-a cumpărat familia medicamente sau alte materiale medicale necesare tratamentului?

a. DA


b. NU

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....

15. Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare activitate medicală sau de îngrijire?

a. DA

b. NU


16. Ați fost informat cu privire la momentul externării?

a. DA

b. NU


17. Ați fost informat cu privire la existența chestionarului de satisfacție a pacientului?

a. DA

b. NU


18. Ați fost informat cu privire la modalitatea de completare și locul de depunere a chestionarului de satisfacție a pacientului?

a. DA

b. NU


**Vă mulțumim !**

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