

## **ANKIETA DLA PACJENTÓW**

**Kod szpitala:** \_\_\_\_\_

**OSTRY ZAWAŁ SERCA**

**UDAR MÓZGU**

**ZŁAMANIE SZYJKI KOŚCI UDOWEJ**

**PORÓD**

## Doświadczenia z pobytu w szpitalu ...

Poniżej umieszczono ogólne stwierdzenia na temat *opieki uzyskanej w trakcie pobytu w szpitalu*. Dla każdego stwierdzenia proszę zaznaczyć pole (X), które **najtrafniej przedstawia Pani/Pana doświadczenia**.

**Odpowiedź winna zawierać to, co Państwo NAPRAWDĘ sądzicie!**

W jakim zakresie ...	Wcale	W niewielkim zakresie	W umiarkowanym zakresie	W znacznym zakresie	W bardzo dużym zakresie
N1. Lekarze rozmawiali z Tobą w taki sposób, że rozumiałeś co chcą przekazać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2. Miałeś zaufanie do profesjonalizmu i kompetencji lekarzy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3. Miałeś zaufanie do profesjonalizmu i kompetencji pielęgniarek i innych medycznych pracowników w szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4. Uważasz, że lekarze i pielęgniarki dobrze się Tobą opiekują?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5. Uważasz, że lekarze i pielęgniarki brali pod uwagę Twój punkt widzenia/Twoje zdanie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6. Otrzymałeś informację jakiej potrzebowałeś na temat przeprowadzenia badań lekarskich i badań dodatkowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7. Uczestniczyłeś w decyzjach dotyczących sprawowanej nad Tobą opieki tak, jakbyś sobie tego życzył?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N8. Podsumowując, czy opieka i leczenie jakie uzyskałeś w szpitalu było satysfakcjonujące?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N9. Czy polecilibyś ten szpital rodzinie lub znajomemu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N10. Czy potrzebujesz pomocy przy czytaniu instrukcji, ulotek, lub innych materiałów pisemnych uzyskanych od lekarza lub w aptece?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Teraz, kiedy wychodzisz ze szpitala ...

Proszę wskazać jak dalece zgadza się Pani/Pan lub nie zgadza z każdym następującym określeniem:

	Całkowicie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Całkowicie zgadzam się
<b>N11. Jasno rozumiem z jakiego powodu przyjmuję każdy z leków.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>N12. Personel szpitala brał pod uwagę moje preferencje oraz życzenia ze strony mojej rodziny lub opiekunów podczas podejmowania decyzji o tym, jak prowadzić dalszą opiekę i leczenie by zaspokoić moje potrzeby zdrowotne.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>N13. Dobrze rozumiem, za co ponoszę odpowiedzialność w zakresie dbałości o swoje zdrowie.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N14. Jak, w kontekście swojej choroby i swych doświadczeń z pobytu w szpitalu, ogólnie określisz aktualny stan swojego zdrowia?**

- Bardzo dobry
- Dobry
- Umiarkowanie dobry
- Zły
- Bardzo zły

**N15. Po wypisaniu ze szpitala [wybierz jedną opcję]**

- Udasz się do domu,
- Zostaniesz przeniesiony do innego ośrodka opieki klinicznej
- Zostaniesz przeniesiony do innego ośrodka opieki pielęgnacyjnej

**N16. Jak długo przebywałeś w szpitalu?**

[ \_\_\_\_\_ ] Liczba dni

**N17. Które z poniższych określeń najlepiej opisują Twoją sytuację?**

- Mieszkam z żoną/mężem/partnerem i/lub dziećmi
- Mieszkam z innymi osobami niż moja rodzina
- Mieszkam sama/sam
- Mieszkam w ośrodku pielęgnacyjno-opiekuńczym

**Ponieważ ochrona zdrowia jest dziedziną bardzo złożoną, czasami pacjenci narażeni są na ryzyko.** Chcielibyśmy wiedzieć, czy doświadczyła Pani/Pan **któregoś ze zdarzeń** przedstawionych poniżej.

N18. Czy uważasz, że doświadczyłaś **szkody** (szkoda obejmuje przykładowo zakażenie szpitalne, błędną diagnozę, komplikację okołoperacyjną, błąd w podaniu leku) w trakcie pobytu w szpitalu?

**NIE** [w takim razie przejdź do pytania 21:

**TAK** [proszę odpowiedź na poniższe pytanie:

**19. Kiedy po raz pierwszy zdałeś sobie sprawę z tego, że doszło do szkody?**

- Sam odkryłem, że doszło do szkody
- Lekarz/personel poinformował o tym, że doszło do szkody
- Moja rodzina/przyjaciele odkryli, że doszło do szkody
- Inni odkryli, że doznałem szkody

**20. W przypadku stwierdzenia, że doszło do szkody, w jaki sposób personel szpitala zareagował na ten fakt?**

- Bardzo dobrze,
- Dobrze,
- Ani dobrze ani źle
- Źle
- Bardzo źle

N21. Jesteś **kobietą**  lub jesteś **mężczyzną**  [zaznacz]

N22. **Rok urodzenia :** 19□□

N23. **Wykształcenie?**

- niższe niż podstawowe
- podstawowe
- średnie
- półwyższe (licencjat)
- wyższe

N24. **Czy ktoś pomógł Ci w wypełnieniu ankiety?** [zaznacz jedną z opcji]

- Nie, wypełniałem samodzielnie
- Tak, pomagała mi osoba z rodziny, przyjaciel, znajomy
- Pielęgniarka
- Lekarz
- Ktoś inny

**Bardzo uprzejmie dziękujemy za udzielone odpowiedzi i możliwość skorzystania z Państwa doświadczeń!**