

ENCUESTA A PACIENTES

Número de País: 7

Número de participante: 1

***Nº Paciente (consecutivo) _____**

***Condición (marque con una X el campo que aplique):**

IAM

Ictus

Fractura de Fémur

Partos

***Los campos (Nº de paciente y Condición) deberán ser rellenados por el profesional que distribuye los cuestionarios a los pacientes.**

Aviso importante:

Borrador en fase piloto no usar sin previa autorización. En caso necesario contactar con el responsable del proyecto a: duque@fadq.org

Su experiencia en el hospital...

A continuación le presentamos algunas afirmaciones sobre la atención que recibió durante su estancia en el hospital. Por favor, marque la opción que mejor describa su experiencia.

Sus respuestas deben reflejar solamente su OPINIÓN PERSONAL!

| Hasta qué punto... | No, en absoluto | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Los médicos le hablaron de forma que Vd entendía que querían decir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tenía Vd confianza en la capacidad profesional de los médicos que le atendieron? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tenía Vd confianza en la capacidad profesional de las enfermeras y otros profesionales sanitarios que le atendieron? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se sintió bien atendido por parte de los médicos y las enfermeras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Le pareció que los médicos y enfermeras estaban atentos a la información que usted les proporcionaba sobre su situación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Le proporcionaron la información que necesitaba sobre como serían las pruebas y exploraciones que le hicieron? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Participó en la toma de decisiones relacionadas con su atención de la forma que Vd quería? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En general, ¿Fue satisfactoria la atención y el tratamiento recibido durante su estancia en el hospital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Recomendaría este hospital a su familia o amigos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Necesita ayuda por parte de alguien para leer instrucciones, folletos, o otra clase de material escrito que le den su médico o la farmacia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ahora que se va de alta del hospital...

Por favor indique en que medida USTED está PERSONALMENTE de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

| | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Entiendo claramente para que tomo cada uno de mis medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. El personal del hospital tomó en consideración mis preferencias, las de mi familia o cuidadores, en el momento de decidir cuales serian mis necesidades de atención/cuidado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Entiendo bien de que cosas soy responsable en el manejo de mi salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. En general, considerando su situación/enfermedad y su experiencia en el hospital, ¿como describiría su estado de salud en este momento?¹⁴

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

15. Ahora que se va del hospital [marque una opción]

- Se irá a su casa
- Será trasladado a otro centro para el tratamiento de su enfermedad
- Será trasladado a un centro de convalecencia o residencia asistida

16. ¿Cuánto tiempo estuvo en el hospital?

[_____] número de días

17. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones describen mejor su situación actual?

- Vivo con mi pareja y/o hijos
- Vivo con otras personas
- Vivo solo/a
- Vivo en una residencia
- otros

Considerando que la atención sanitaria es muy compleja, a veces puede poner a los pacientes en riesgo. A continuación nos gustaría saber si usted a experimentado alguna de las siguientes situaciones.

18. ¿Cree que ha experimentado algún daño* (* tal como infección, error de diagnóstico, error quirúrgico o de medicación u otros) como resultado de tu estancia hospitalaria?

NO [en este caso vaya a la siguiente pregunta siguiendo la flecha] 

SI [en este caso responda a la siguiente pregunta]

19. ¿Cuándo experimento el daño por primera vez?

- Me di cuenta por mi mismo/a
- El médico/el personal se dieron cuenta
- Mis familiares/amigos se dieron cuenta
- Otros se dieron cuenta

20. . En caso que usted haya experimentado un error durante su hospitalización. En general, ¿como piensa que los profesionales manejaron la situación cuando se dieron cuenta?

- Muy bien,
- Bien,
- Ni bien ni mal
- Mal
- Muy mal

21. ¿Es usted **mujer** o **hombre** ? [marque una opción] 

22. En que año nació?: 19

23. ¿Qué nivel de estudios tiene?

- Sin estudios
- Educación primaria
- Enseñanza general secundaria
- Formación profesional
- Estudios Universitarios

24. Le ayudó alguien a rellenar este cuestionario [marque una opción]

- No, lo rellené yo solo
- Si, un miembro de la familia, amigo o cuidador me ayudó
- Una enfermera me ayudó
- Un médico me ayudó
- Otra persona me ayudó

Muchas gracias por sus respuestas que nos ayudaran a aprender de su experiencia!