

**ANONIMOWA ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTKI
SALI PORODOWEJ, ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO
I NOWORODKOWEGO**

Szanowna Pani zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest poznanie Pani opinii na temat opieki medycznej świadczonej na Sali Porodowej w Oddziale Położniczym i Noworodkowym. Ankieta jest w pełni anonimowa, a Pani uwagi będą wykorzystane w celu podnoszenia jakości świadczeń medycznych i opieki okołoporodowej.

Proszę **uzupełnić** lub przy wybranej odpowiedzi wstawić **X**.

1. Ile ma Pani lat?
2. Która jest to Pani ciąża?.....
3. Który jest to Pani poród?.....

I. WYBÓR NASZEGO ODDZIAŁU

L.p.	Co wpłynęło na Pani decyzję o wyborze naszego Oddziału?	TAK
1.	Dogodna lokalizacja (jest najbliższej).	
2.	Sugestia lekarza kierującego (skierowanie).	
3.	Znam ten oddział (to mój kolejny pobyt,.....).	
4.	Opinie innych kobiet.	
5.	Odwiedziłam pobliskie szpitale i tak wybrałam.	
6.	Inne powody / jakie.....	

II. PRZYJĘCIE W ODDZIAŁ

L.p.	Jak Pani ocenia:	<i>bardzo dobrze</i>	<i>dobrze</i>	<i>zadowol ająco</i>	<i>źle</i>	<i>bardzo źle</i>
1.	Zapewnienie poczucia intymności podczas badań					
2.	Uprzejmość i życzliwość lekarza przyjmującego					
3.	Uprzejmość i życzliwość położnej przy przyjęciu					
4.	Udzielenie informacji o przysługujących Pani					



	prawach i obowiązkach					
5.	Zapoznanie Pani z topografią oddziału					
6.	Warunki lokalowe i sanitarne w naszym oddziale					

III. POBYT W ODDZIALE

A. OPIEKA LEKARSKA

L.p.	Jak Pani ocenia opiekę lekarską:	<i>bardzo dobrze</i>	<i>dobrze</i>	<i>zadowala jąco</i>	<i>źle</i>	<i>bardzo źle</i>
1.	Dostępność lekarzy w razie potrzeby					
2.	Przekazywanie przez lekarza informacji o przebiegu leczenia					
3.	Zapewnienie intymności podczas badań					
4.	Uprzejmość, okazywanie zainteresowania i zrozumienia					

B. OPIEKA POŁOŻNYCH

L.p.	Jak Pani ocenia opiekę położnych:	<i>bardzo dobrze</i>	<i>dobrze</i>	<i>zadowala jąco</i>	<i>źle</i>	<i>bardzo źle</i>
1.	Dostępność położnej w razie potrzeby					
2.	Zapewnienie intymności podczas badań i zabiegów pielęgnacyjnych					
3.	Udzielane porady (edukacja prozdrowotna)					
4.	Uprzejmość, okazywanie zainteresowania i zrozumienia					

Jeśli Pani nie rodziła proszę przejść do punktu E.



C. OPIEKA NA SALI PORODOWEJ

L.p.	Jaki był Pani poród?	TAK	NIE
1.	Czy swoje dziecko urodziła Pani drogami natury?		
2.	Czy Pani dziecko urodziło się poprzez cięcie cesarskie?		
3.	Czy w czasie porodu towarzyszyła Pani bliska osoba?		

1. Ile punktów w skali Apgar otrzymało Pani dziecko?

Proszę zakreślić liczbę punktów jaką otrzymało Pani dziecko Swg skali Apgar.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

L.p.	Jak Pani ocenia opiekę na sali porodowej:	<i>bardzo dobrze</i>	<i>dobrze</i>	<i>zadowala jąco</i>	<i>źle</i>	<i>bardzo źle</i>
1.	Uprzejmość, empatię i wsparcie położnej w czasie porodu					
2.	Komunikację z lekarzem/ dostępność lekarza na sali porodowej					
3.	Poszanowanie Pani godności i intymności w czasie porodu					
4.	Możliwość przyjmowania dogodnej pozycji w czasie porodu					
5.	Przekazywane Pani informacje o przebiegu porodu, stosowanych lekach i zabiegach					
6.	Możliwość wyrażenia zgody na zabieg nacięcia krocza					
7.	Możliwość łagodzenia bólu porodowego					
8.	Przebieg i satysfakcję ze swojego porodu					
9.	Możliwość kontaktu „skóra do skóry” z dzieckiem bezpośrednio po porodzie					



D. OPIEKA NAD NOWORODKIEM

L.p.	Jak (w opiece nad noworodkiem) ocenia Pani:	<i>bardzo dobrze</i>	<i>dobrze</i>	<i>zadowala jąco</i>	<i>źle</i>	<i>bardzo źle</i>
1.	Dostępność lekarza pediatry					
2.	Przekazywane przez lekarza pediatrę informacje o stanie dziecka					
3.	Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i pomoc pielęgniarek/położnych przy pielęgnacji Pani dziecka					
4.	Edukację na temat laktacji, metod karmienia i sposobu pielęgnacji Pani dziecka					
5.	Pomoc pielęgniarek/położnych przy przystawianiu dziecka do piersi					

E. WYPIS Z ODDZIAŁU

L.p.	Jak Pani ocenia:	<i>bardzo dobrze</i>	<i>dobrze</i>	<i>zadowala jąco</i>	<i>źle</i>	<i>bardzo źle</i>
1.	Sposób dopełnienia formalności związanych z wpisem					
2.	Udzielone wskazówki i zalecenia co do dalszego postępowania w domu					

Czy, poleciliby Pani nasz Oddział innym kobietom (swojej rodzinie, bliskim, znajomym....)?	TAK	NIE

F. CO NAJBARDZIEJ PODOBAŁO SIĘ / NIE PODOBAŁO SIĘ PANI W NASZYM SZPITALU? CO NALEŻAŁOBY ZMIENIĆ W OPIECE OKOŁOPORODOWEJ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA POŚWIĘCONY CZAS I WYPEŁNIENIE



ANKIETY