**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني گيلان**

**مدیریت امور پرستاری**

پرسشنامه سنجش رضایت بیمار از خدمات مراکز مراقبت در منزل

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني گيلان**

**مدیریت پرستاری**

- نام مرکز ارائه دهنده مراقبت در منزل:.................. - نام بیمارستان معرفی کننده:..............................

- سن مددجو:........... جنس مددجو: 🗆 زن 🗆 مرد

- علت بستری.....................: علت ارجاع به مرکز............. HC تاریخ ارجاع به مرکز:.........................

-چه خدماتی از مرکز مراقبت در منزل دریافت می­کنید؟

🗆خدمات پرستاری تخصصی 🗆خدمات آموزشی

🗆خدمات مشاوره ای 🗆خدمات فیزیوتراپی 🗆 خدمات کمکی مراقبت بهداشتی

| ردیف | گویه | زیاد=3 | متوسط=2 | کم=1 | اصلاً=0 | پیش نیامده |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | آیا از نحوه برخورد و رفتار پرسنل راضی هستید؟ |  |  |  |  |  |
| 2 | آیا از حضور به موقع پرسنل برای ارائه خدمات در منزل تان راضی هستید؟ |  |  |  |  |  |
| 3 | آیا از رعایت حریم خصوصی در حین انجام خدمات رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 4 | آیا از میزان مهارت پرسنل در انجام مراقبت­ها رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 5 | آیا از پاسخگویی کارکنان به سوالات خود رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 6 | آیا از آموزش­های ارائه شده راضی هستید؟ |  |  |  |  |  |
| 7 | آیا از طول مدت انتظار برای تشکیل پرونده رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 8 | آیا از پاسخگویی به تماس تلفنی خود با مرکز رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 9 | آیا از رسیدگی به اعتراضات و شکایات خود در این مرکز راضی هستید؟ |  |  |  |  |  |
| 10 | آیا از کیفیت خدمات ارائه شده توسط این مرکز رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| 11 | آیا از میزان هزینه پرداخت شده به این مرکز رضایت دارید؟ |  |  |  |  |  |
| جمع نمره | |  | | | | |
| درصد | |  | | | | |

12-آیا در صورت نیاز به خدمات مراقبتی مجدداً این مرکز را انتخاب و به آن مراجعه می­کنید؟

بله 🗆 خیر🗆

13-لطفا‍ً در یک جمله علت پاسخ بله یا خیر خود را توضیح دهید.

14-بطور کلی میزان رضایت شما از خدمات دریافتی از این مرکزاز طیف یک تا ده چه عددی است؟

10 1

15-چه پیشنهادی برای بهبود کیفیت خدمات این مرکز دارید؟