



CHESTIONAR DE EVALUARE
a gradului de satisfacție a pacienților/apartinătorilor
privind serviciile medicale acordate în cadrul
IMSP Spitalul Clinic Municipal de Copii „Valentin Ignatenco”



str.Grenoble 149, Chișinău, Republica Moldova, tel.+373 22 208 850, fax.+373 22 725 766,
email: vignatenco@ms.md, www.ignatenco.md

Stimată / Stimat pacient / aparținător,

Pentru a crește calitatea serviciilor medicale, vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde
întrebărilor din chestionarul de mai jos și de a depune acest chestionar în urna special amenajată la nivelul fiecărei secții.
Răspundeți la întrebări bifând varianta care descrie cel mai bine situația dumneavoastră.

Nu trebuie să vă semnați, acest chestionar este ANONIM.

Răspunsurile dumneavoastră sunt importante pentru IMSP SCMC „Valentin Ignatenco”!

În cazul copiilor sau a pacienților fără discernământ, completarea chestionarului se realizează de către aparținători.



CAPITOLUL I. Date generale

1.	Este prima Dvs. vizită ca pacient(ă) în spitalul nostru?	☐ Da ☐ Nu
3.	Genul dvs.?	☐ Masculin ☐ Feminin
4.	Categoria de vârstă a pacientului?	☐ 0-5 ani ☐ 6-10 ani ☐ 10-15 ani ☐ 16-18 ani
6.	Ultima școală absolvită?	☐ Primară ☐ Gimnazială ☐ Liceu ☐ Facultate
7.	Câte zile ați fost internat(ă) în spital?	
8.	Care a fost modalitatea de internare în spital?	☐ Internare programată ☐ Internare urgentă
	În ce secție ați fost internat (ă)? (bifați un singur răspuns)	☐ Pediatrie nr.1 ☐ Pediatrie nr.2 ☐ Pediatrie nr.3 ☐ Nefrologie ☐ Psihoneurologie ☐ Chirurgie generală ☐ Urologie ☐ Traumatologie și microchirurgie ☐ Otorinolaringologie ☐ Neurochirurgie și traume asociate

CAPITOLUL II. Prestarea /acordarea serviciilor medicale

	Evaluati următoarele afirmații	Cu certitudine DA	DA	Parțial	NU
10.	Informațiile medicului referitor la detaliile tratamentului și al diagnosticului au fost complete.				
11.	Informațiile medicului despre riscurile și consecințele tratamentului administrat, posibilele complicații au fost înțelese de DVS.				
12.	Asistenții medicali au realizat procedurile cu îndemănare / iscusință/ pricepere.				
13.	Asistenții medicali au realizat procedurile cu îndemănare / iscusință/ pricepere.				
14.	Testele și procedurile v-au fost explicate în detalii?				
15.	Infirmierele au răspuns prompt la chemarea Dvs.				
16.	Asistenții medicali au răspuns prompt la chemarea Dvs.?				
17.	Infirmierele au răspuns prompt la chemarea Dvs.?				
18.	Comunicarea și atitudinea personalului de la departamentul de primire urgențe a fost binevoitoare?				
19.	Comunicarea și atitudinea personalului de la departamentul imagistica și radiologie (ultrasonografie, radiologie, tomografie) a fost binevoitoare				
21.	Timpul acordat de medicul de salon pentru consultația Dvs. a fost suficient?				

22.	Comunicarea și atitudinea medicilor din secție a fost binevoitoare în raport cu pacienții?				
23.	Comunicarea și atitudinea asistenților medicali din secție a fost binevoitoare în raport cu pacienții?				
24.	Comunicarea și atitudinea personalului auxiliar sanitar (infirmiere) din secție a fost binevoitoare în raport cu pacienții?				
25.	Problemele pentru care ați fost spitalizat/ă au fost soluționate				
CAPITOLUL III. Mecanisme de responsabilizare socială					
26.	Ați fost informat(ă) cu privire la drepturile Dvs.?	☐ Da	☐ Nu	☐ Parțial	
27.	Ați fost informat(ă) cu privire la obligațiile/ responsabilitățile Dvs. și regulile de conduită din spital?	☐ Da	☐ Nu	☐ Parțial	
29.	Personalul medical poartă ecuson, astfel încât să cunoașteți identitatea celor implicați în tratamentul efectuat Dvs.?	☐ Da, întotdeauna	☐ Da, uneori	☐ Nu, niciodată	
CAPITOLUL IV. Asigurarea medicală și plățile suplimentare în sănătate					
31.	Ați achitat pentru careva servicii legate de spitalizarea Dvs. în instituție?	☐ Da	☐ Nu		
32.	Dacă nu, pentru ce ați plătit în perioada internării Dvs. în ?spital (bifați mai multe variante de răspuns)	• Medicamente • Consumabile medicale (bandaj, seringi, tifon, etc.) • Analize de laborator • Investigații instrumentale (Ultrasonografie, Tomografie Computerizată, Rezonanță Magnetică Nucleară, etc.)			
33.	V-au fost solicitate careva plăți neoficiale pe durata spitalizării în spital?	☐ Da	☐ Nu		
34.	Vi s-au cerut bani sau alte avantaje materiale pentru realizarea actului medical de către personalul medical din spital?	☐ Da	☐ Nu		
35.	Dacă da, pentru ce servicii? (bifați mai multe variante de răspuns)	• Serviciile medicului • Serviciile asistentei medicale • Serviciile infirmierei • Schimbarea lenjeriei de pat • Schimbarea salonului • Ieșirea din spital/noaptea acasă • Altele specificați			
CAPITOLUL V. Siguranța serviciilor medicale acordate în spital					
36.	Ați simțit pe durata spitalizării careva dureri necontrolate/fără ca să primiți tratament/medicație împotriva durerii?	☐ Da	☐ Nu		
37.	Ați fost instruit privind modul în care trebuie să luați medicamentele (pastile) ?	☐ Da	☐ Nu		
38.	Administrarea pastilelor s-a făcut în prezența lucrătorului medical?	☐ Da	☐ Nu		
39.	Oarecare accident (de exemplu: cădere din pat, cădere pe podea umedă/lunecoasă/teren denivelat)?	☐ Da	☐ Nu		
CAPITOLUL VI. Facilitățile din spital					
	Apreciați pe o scală de la 1 la 5 condițiile din spital	Nesatisfă cătoare	Parțial Nesatisfă cătoare	Parțial Satisfă cătoare	Foarte bune
40.	Cât de satisfăcut sunteți de comoditatea accesului în instituție (indicatoare, rampe, balustrade, scări comode, bănci etc.)				
41.	Cât de satisfăcut sunteți de comoditatea spațiului de așteptare pentru pacienți?				
42.	Cât de satisfăcut sunteți de condițiile de cazare în spital (numărul de paturi în salon, sufrageria, accesul la baie, apă caldă, etc.)?				
43.	Cât de satisfăcut sunteți de condițiile de igienă în spital pe durata aflării Dvs. în instituție (praf, miros specific, gunoi etc.)?				

