



فرم رضایت سنجی از بیماران بستری

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

<input type="checkbox"/> بیمار		لطفاً مشخص کنید که خود به عنوان بیمار بستری بوده‌اید یا به عنوان همراه در حال تکمیل این فرم هستید.							
<input type="checkbox"/> همراه بیمار									
<input type="checkbox"/> زن				<input type="checkbox"/> مرد					
بخش اورژانس <input type="checkbox"/>				درمانگاه <input type="checkbox"/>				مطب <input type="checkbox"/>	
سن بیمار _____									
<input type="checkbox"/> خدمات درمانی		<input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی		<input type="checkbox"/> نیروهای مسلح		<input type="checkbox"/> کمیته امداد		<input type="checkbox"/> سایر	
<input type="checkbox"/> آزاد									
کمتر از ۲۴ ساعت <input type="checkbox"/>				بیشتر از ۲۴ ساعت <input type="checkbox"/>					
لطفاً نام پزشک اصلی خود را ثبت کنید.				خانم/آقای دکتر: _____					
رفتار و سرعت پذیرش									
۱		نحوه برخورد پرسنل پذیرش (احترام، توجه، پاسخگویی) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۲		سرعت تشکیل پرونده و پذیرش را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
مراقبت‌ها و پرستاری									
۳		نحوه برخورد پرسنل پرستاری (احترام، توجه، پاسخ به سؤالات و ...) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۴		در طول مدت بستری، خدمات و مراقبت‌های پرستاری در موقع نیاز، به موقع ارائه شده است؟							
۵		رعایت حریم خصوصی بیمار (مانند کشیدن پرده، تزریقات، پوشیده نگه داشتن هنگام نقل و انتقال به اتاق عمل و ...) توسط پرستاران را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۶		نحوه برخورد و خدمات جانبی مورد نیاز توسط کمک بهیار (مانند ارائه لگن، تخلیه کیسه ادرار، استحمام، کمک در راه رفتن و ...) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۷		آموزش‌های ارائه شده توسط پرسنل پرستاری در زمان بستری و ترخیص را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
ارائه خدمت توسط پزشکان									
۸		نحوه برخورد پزشکان (احترام، توجه، پاسخگویی) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۹		نحوه خدمات درمانی ارائه شده توسط پزشک (مانند انجام معاینه، ویزیت روزانه و ...) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۱۰		توضیحات کافی در خصوص بیماری، انواع روش‌های درمانی و روند درمان جهت اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک ارائه شده است؟							
خدمات رفاهی									
۱۱		امکانات و تسهیلات اتاق بستری (مانند وضعیت تغذیه، دمای غذا، نحوه توزیع و سرو غذا، وضعیت تهویه و دمای محیط، نظافت فضا و سرویس‌های بهداشتی، نظافت ملحفه و البسه و امکانات رفاهی) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۱۲		نحوه برخورد پرسنل انتظامات را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۱۳		چقدر احتمال دارد خدمات بیمارستان ... را به دوستان و آشنایان خود، در صورت نیاز آن‌ها، پیشنهاد دهید؟							
۱۴		اصلی‌ترین دلیل شما برای امتیاز فوق چیست؟							
۱۵		به شما گفته شده برای مراجعه مجدد بعد از ترخیص به کجا مراجعه کنید؟							
۱۶		خوشحال می‌شویم نکات تکمیلی در راستای بهبود خدمات ما بنویسید.							