

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
بیمارستان شهید مدنی آذرشهر
چک لیست رضایت سنجی بیماران بستری



نوع بیمه :	شماره تلفن :	میزان تحصیلات :					جنس : مرد زن	شغل :	سن :	بخش :
		تاریخ تکمیل فرم :	تاریخ ترخیص:							
توضیحات	۱	۲	۳	۴	۵	موارد ارزیابی				حیطه بررسی
	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد					
						میزان رضایت شما از اخلاق و رفتار کادر واحد پذیرش				پذیرش
						میزان رضایت شما از راهنماییهای ارائه شده هنگام پذیرش				
						میزان رضایت شما از مدت زمان انتظار برای تشکیل پرونده				
						میزان رضایت شما از نحوه برخورد و اخلاق و رفتار منشی بخش				
						میزان رضایت شما از نحوه برخورد و اخلاق و رفتار پزشک معالج				خدمات پزشکی
						میزان رضایت شما از حضور و ویزیت به موقع و منظم پزشک معالج				
						میزان رضایت شما از ارئه آموزش و راهنمایی های لازم در مورد بیماری توسط پزشک				
						میزان رضایت شما از حفظ اسرار و حریم خصوصی توسط پزشکان معالج				
						میزان رضایت شما از رفتار محترمانه پرستار				خدمات پرستاری
						میزان رضایت شما از معرفی پرستار به عنوان مراقب بیمار در هر شیفت کاری				
						میزان رضایت شما از راهنمایی های ابتدای بستری در خصوص معرفی بخش و دستبند شناسایی و..				
						رضایت از آموزش های ارائه شده در خصوص بیماری و داروها در طول بستری توسط پرستار				
						میزان رضایت از حضور به موقع پرستار بر بالین بیمار در موارد نیاز				
						میزان رضایت از رعایت حریم خصوصی در زمان انجام خدمات بالینی و حفظ اسرار بیمار				
						میزان رضایت از پیگیری پرستار در مورد اقدامات تشخیصی بیمار مانند سونوگرافی و آزمایش و..				
						میزان رضایت از بابت انجام کارهای مراقبتی و توضیح هر نوع اقدام قبیل از انجام آن توسط پرستار				
						میزان رضایت از بابت برطرف کردن درد ناشی از بیماری و انجام اقدامات لازم توسط پرستار				
						میزان رضایت کلی شما از بابت مراقبت های پرستاری انجام شده				
						میزان رضایت شما از وضعیت تخت بستری از نظر سالم بودن و ایمنی و راحتی و کناره تخت و..				کیفیت تجهیزات پزشکی
						میزان رضایت شما از کارکرد صحیح زنگ احضار پرستار				
						میزان رضایت شما از تجهیزات سالم جهت انتقال (ویلچر و برانکارد)				
						میزان رضایت شما از وجود پله کنار تخت (امکان بالا رفتن و پایین آمدن آسان از تخت)				
						میزان رضایت شما از تمیزی و راحتی تشک تخت (داشتن گود رفتگی و ...)				کیفیت فضای فیزیکی
						میزان رضایت شما از فضای فیزیکی بخش (گرمایش ، سرمایش ، تهویه و ...)				
						میزان رضایت شما از فضای فیزیکی بخش (نور ، رنگ آمیزی ، تهویه و ...)				
						میزان رضایت شما از تمیزی و بهداشت اتاق (یخچال ، روشویی ، پرده ها ، ...)				
						میزان رضایت از کارکرد صحیح سیستم احضار پرستار در سرویس بهداشتی در مواقع اورژانسی				کیفیت سرویس بهداشتی
						میزان رضایت شما از وضعیت بهداشت و تمیزی سرویس های بهداشتی				
						میزان رضایت شما از وضعیت تهویه و روشنایی سرویس های بهداشتی				
						میزان رضایت از وجود امکانات رعایت بهداشت دست (صابون ، مایع دسشویی ، دستمال کاغذی)				

توضیحات	موارد ارزیابی					حیطه بررسی	
	۱ خیل کم	۲ کم	۳ متوسط	۴ زیاد	۵ خیل زیاد		
						۳۱ میزان رضایت شما از پرده جدا کننده برای رعایت حریم شخصی شما	کیفیت خدمات رفاهی
						۳۲ میزان رضایت شما از البسه بیماران و همراهان	
						۳۳ میزان رضایت شما از صندلی همراه (استراحت تا شو) میز غذای سالم در اتاق	
						۳۴ میزان رضایت شما از سالم بودن کمد کنار تخت (کابینیت برای وسایل شخصی)	
						۳۵ میزان رضایت شما از سالم بودن یخچال و تلویزیون اتاق	
						۳۶ میزان رضایت شما از ملحفه و روبالشی و پتو (تمیزی ، جنس و رنگ)	
						۳۷ میزان رضایت شما از وجود آرامش در بخش (سروصدا و نور)	
						۳۸ میزان رضایت شما از وجود مایحتاج ضروری لازم در بوفه بیمارستان	
						۳۹ میزان رضایت شما از نحوه برخورد و رعایت بهداشت عمومی توسط متصدی بوفه	
						۴۰ میزان رضایت شما از اخلاق و رفتار پرسنل توزیع کننده غذا با شما	کیفیت تغذیه
						۴۱ میزان رضایت شما از کیفیت ، تنوع و مقدار غذا در هر وعده (رعایت رژیم غذایی)	
						۴۲ میزان رضایت شما از کیفیت ظروف غذا	
						۴۳ میزان رضایت شما از اخلاق و رفتار پرسنل نگهداری	نگهبان
						۴۴ میزان رضایت شما از نحوه برخورد و حضور بموقع نماینده بیمه در بخش	بیمه
						۴۵ میزان رضایت شما از نحوه برخورد پرسنل واحد ترخیص	ترخیص
						۴۶ میزان رضایت شما از هزینه های پرداخت شده (طبق طرح تحول سلامت)	
						۴۷ میزان رضایت شما از مدت زمان انتظار برای انجام مراحل ترخیص	

الف : آیا در صورت بستری مجدد ، این بیمارستان را انتخاب خواهید کرد ؟
 بلی
 خیر

ب : آیا این بیمارستان را به اقوام و دوستان خود پیشنهاد میکنید ؟
 بلی
 خیر

ج : آیا در کل از بستری شدن در این بیمارستان راضی هستید ؟
 بلی
 خیر

د : آیا در طول بستری جهت تهیه وسایل ، تجهیزات یا دارو از خارج از بیمارستان اقدام نموده اید ؟
 بلی
 خیر

نام و نام خانوادگی (در صورت تمایل) :

امضای تکمیل کننده فرم :