



QUESTIONARIO GRADIMENTO HOSPICE DOMICILIARE

	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Non so	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
1. Accoglienza e Comfort rivolta al suo familiare					
2. Chiarezza nel comunicare i cambiamenti inerenti lo stato di salute del suo familiare					
3. Informazioni fornite circa i possibili effetti collaterali dei trattamenti					
4. Il modo in cui l'equipe ha rispettato la dignità e la riservatezza del suo familiare					
5. Incontri con l'equipe per discutere le condizioni del suo familiare e per organizzare la sua assistenza (PAI)					
6. Tempestività con cui sono stati trattati i sintomi					
7. Attenzione che l'equipe ha prestato alla descrizione dei sintomi riferiti dal suo familiare					
8. Presa in carico da parte dell'equipe delle necessità fisiologiche del suo familiare					
9. Disponibilità dimostrata dall'equipe di CP					
10. Supporto emotivo che le ha fornito l'equipe di CP					
11. Modo in cui si è sentito coinvolto nelle decisioni sul suo familiare (trattamenti, assistenza)					
12. Informazioni che le sono state date su come gestire i sintomi del suo familiare					
13. Efficacia con cui l'equipe ha gestito la sintomatologia del suo familiare					
14. Modo in cui l'equipe ha risposto ai cambiamenti nei bisogni di assistenza del suo familiare					
15. Supporto psicologico fornito al suo familiare e alla famiglia					



SESSO

M F

STATO CIVILE

Celibe/Nubile

Sposato/a

Convivente

Separato/a

Divorziato/a

Vedovo/a

TITOLO DI STUDIO

Licenza elementare

Licenza Media

Diploma

Laurea

NUMERO PERSONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Da 0 a 2

Da 3 a 5

>5

IMPIEGO: _____

GRADO DI PARENTELA

Moglie/Marito

Convivente

Figlio/a

Sorella/Fratello

Madre/Padre

Altro

DIAGNOSI: _____

TEMPO DI PERMANENZA IN HOSPICE O DURATA ASSISTENZA DOMICILIARE (N. GIORNI):

ETA' DEL PAZIENTE: _____