

INSERIRE LOGO AZIENDA

Gentile Signora,

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni delle donne sulla qualità dei servizi dedicati alla nascita in questo Punto Nascita.

Al fine di migliorare la qualità di assistenza fornita, Le chiediamo cortesemente di collaborare alla presente indagine esprimendo la **Sua personale opinione** sui servizi di cui ha usufruito.

Le ricordiamo che **non ci sono risposte giuste o sbagliate**, ma siamo interessati unicamente al Suo punto di vista.

Le garantiamo inoltre la **riservatezza e l'anonimato delle Sue risposte**: saranno elaborate in modo che nessuno potrà collegarle a Lei che ce le ha fornite.

**RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE FACENDO RIFERIMENTO ALL'OSPEDALE IN CUI HA PARTORITO**

Se ha frequentato un corso di preparazione al parto, come valuta le informazioni che Le sono state fornite circa l'organizzazione del reparto di Ostetricia di questo Ospedale?

Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Non so	Non ho ricevuto informazioni
------------------	------------	----------	----------------	--------	------------------------------

**Come è avvenuto il suo ricovero?**

*Dia una sola risposta*

- In modo programmato con una data prestabilita (ad es. per parto cesareo)
- In modo non programmato (ad es. per inizio del travaglio, per complicanze...)
- Altro (*specificare*):

Se è stata ricoverata in modo non programmato, come valuta il tempo trascorso tra l'arrivo in reparto e il momento in cui il medico/l'ostetrica ha iniziato a prendersi cura di Lei?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
------------------	------------	----------	----------------	--------

**Che tipo di travaglio ha avuto?**

- ① Spontaneo
- ② Indotto (aiutato con farmaci)

**Che tipo di parto ha avuto?**

- ① Parto vaginale semplice
- ② Parto cesareo programmato
- ② Parto con ventosa o kiwi
- ② Parto cesareo urgente

**Se ha partorito per via vaginale è stata sottoposta ad episiotomia?**

- ① No
- ② Sì

**Se ha partorito per via vaginale le sono state diagnosticate delle lacerazioni vaginali dovute al parto?**

- ① No
- ② Sì

**Durante il parto è stata sottoposta a una o più modalità per il controllo del dolore?**

*Può dare più di una risposta*

- ① Nessuna
- ② Vasca o doccia
- ② Altro (*specificare*):
- ② Epidurale o spinale
- ② Posizioni libere
- ② Flebo con farmaci
- ② Massaggi

**Come valuta le modalità di controllo del dolore a cui è stata sottoposta?**

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
------------------	------------	----------	----------------	--------

Come valuta il sostegno ricevuto dall'ostetrica durante il parto?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
------------------	------------	----------	----------------	--------

Durante il parto è stata assistita anche dal ginecologo?

sì  no  non ricordo

Se ha risposto "Sì", come valuta l'assistenza ricevuta dal ginecologo durante il parto?

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Non so
------------------	------------	----------	----------------	--------

Come valuta l'utilità durante il travaglio e il parto delle informazioni ricevute ? (anche, se effettuati, con riferimento all'episiotomia ed un taglio cesareo d'urgenza)

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Non so
------------------	------------	----------	----------------	--------

RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE FACENDO RIFERIMENTO AL PERIODO IN OSPEDALE SUCCESSIVO AL PARTO

Come valuta il PERSONALE MEDICO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA per ciascuno degli aspetti sotto elencati? *Dia una risposta per ciascun aspetto*

	Molto Inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
27. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
28. Chiarezza delle informazioni ricevute sullo stato di salute del Suo bambino	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
29. Il tempo che Le ha dedicato	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

Come valuta il PERSONALE OSTETRICO per ciascuno degli aspetti sotto elencati? *Dia una risposta per ciascun aspetto*

	Molto Inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
20. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
21. Chiarezza delle informazioni ricevute	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
22. Il tempo che Le ha dedicato	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
23. Aiuto nell'accudire il neonato	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

Complessivamente, come valuta la qualità dei servizi che ha ricevuto nel reparto di Ostetricia?

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata
------------------	------------	----------	----------------

Consiglierebbe ad una sua conoscente di partorire presso la nostra struttura?

Assolutamente no	No	Ne no ne sì	Sì	Assolutamente sì
------------------	----	-------------	----	------------------

*La ringraziamo della Sua preziosa collaborazione*