Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 26 października 2022 r.

**Ankieta satysfakcji**

|  |  |
| --- | --- |
| **A. Opieka ambulatoryjna** | **Odpowiedź (X)** |
| **A1: Czy miała Pani możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę (położna lub lekarz)?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| **A2: Czy przy pierwszej wizycie osoba prowadząca ciążę uzgodniła z Panią plan opieki nad Panią i dzieckiem?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| **A3: Czy w opiece ambulatoryjnej (w poradni) mogła Pani wykonać zlecone badania diagnostyczne?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| **A4: Czy uzyskała Pani w opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) informacje na temat praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| **A5: Czy uzyskała Pani w opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) informacje na temat pielęgnacji noworodka i karmienia piersią?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| **A6: Czy miała Pani możliwość kontaktu, w nagłych sytuacjach w ciągu 24 godzin z osobą kompetentną?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| 3) Nie dotyczy / Nie korzystałam |  |
| **A7: Czy w sytuacjach nagłych mogła Pani liczyć na poradę lekarską?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| 3) Nie dotyczy / Nie było potrzeby |  |
| **A8: Czy czuła się Pani bezpieczna w oferowanej przez nas opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) i jak ją Pani ocenia?** | |
| 1) Bardzo dobrze |  |
| 2) Dobrze |  |
| 3) Raczej dobrze |  |
| 4) Źle |  |
| 5) Bardzo źle |  |
| **S. Szpital** | **Odpowiedź (X)** |
| **S1: Jak ocenia Pani organizację przyjęcia na oddział?** | |
| 1) Bardzo dobrze |  |
| 2) Dobrze |  |
| 3) Raczej dobrze |  |
| 4) Źle |  |
| 5) Bardzo źle |  |
| 6) Nie dotyczy / przyjęcie nagłe |  |
| **S2: Czy w trakcie pobytu opieka nad Panią była sprawowana z zachowaniem zasad prywatności (np. podczas zbierania wywiadu, badania, udzielania informacji, porodu)?** | |
| 1) Tak, zawsze |  |
| 2) Zazwyczaj tak |  |
| 3) Rzadko |  |
| 4) Nie, nigdy |  |
| **S3: Czy podczas pobytu w szpitalu udzielano Pani, w sposób zrozumiały, informacji o stanie zdrowia Pani i dziecka)?** | |
| 1) Tak, zawsze |  |
| 2) Zazwyczaj tak |  |
| 3) Rzadko |  |
| 4) Nie, nigdy |  |
| **S4: Czy była Pani informowana o planowanym postępowaniu medycznym i przygotowaniu do badań / porodu?** | |
| 1) Tak, zawsze |  |
| 2) Zazwyczaj tak |  |
| 3) Rzadko |  |
| 4) Nie, nigdy |  |
| **S5: Czy miała Pani możliwość wyboru osoby prowadzącej poród (położna lub lekarz)?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| **S6: Ocena lekarza: Dostępność lekarza w razie potrzeby.** | |
| 1) Bardzo dobra |  |
| 2) Dobra |  |
| 3) Raczej dobra |  |
| 4) Zła |  |
| 5) Bardzo zła |  |
| **S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków.** | |
| 1) Bardzo dobra |  |
| 2) Dobra |  |
| 3) Raczej dobra |  |
| 4) Zła |  |
| 5) Bardzo zła |  |
| **S8: Ocena położnych: Dostępność w razie potrzeby.** | |
| 1) Bardzo dobra |  |
| 2) Dobra |  |
| 3) Raczej dobra |  |
| 4) Zła |  |
| 5) Bardzo zła |  |
| **S9: Ocena położnych: Pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności.** | |
| 1) Bardzo dobra |  |
| 2) Dobra |  |
| 3) Raczej dobra |  |
| 4) Zła |  |
| 5) Bardzo zła |  |
| **S10: Czy w trakcie pobytu personel zadawał pytania dotyczące natężenia odczuwanego przez Panią bólu?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| **S11: Czy, w razie potrzeby, otrzymywała Pani skuteczne leczenie przeciwbólowe?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| 3) Nie dotyczy / nie było potrzeby |  |
| **S12: Czy, w razie potrzeby, położna pomagała w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku?** | |
| 1) Tak |  |
| 2) Nie |  |
| 3) Nie dotyczy / nie było potrzeby |  |
| **S13: Czy, gdyby można cofnąć czas, wybrałaby Pani ponownie nasz szpital jako miejsce swojego porodu?** | |
| 1) Zdecydowanie tak |  |
| 2) Tak |  |
| 3) Raczej tak |  |
| 4) Nie |  |
| 5) Zdecydowanie nie |  |
| **Uwagi** | |