

LISCESTO

Questionario sulla LIBertà di SCElta dei presidi da parte dei pazienti STOmizzati

Versione finale – 30 Gennaio 2007

Modulo compilato da parte:

del PAZIENTE

di un FAMILIARE / ASSISTENTE

iniziali: |_|_|_|

firma: _____

- 1) Sa che esistono differenti tipi di materiali e prodotti per i pazienti nelle Sue condizioni?
SI |_| NO |_|

- 2) Quando Le sono state spiegate le procedure a cui Lei sarebbe andato incontro, Le hanno illustrato prodotti e materiali differenti per tipo e marca o di un solo tipo?
Un solo tipo |_| Differenti tipi |_|

- 3) Ha potuto vedere e confrontare fra loro prodotti e materiali differenti fra loro?
SI |_| NO |_|

- 4) Se ciò non è accaduto, avrebbe preferito che accadesse?
SI |_| NO |_|

- 5) Conosce qualcuno nelle Sue condizioni al quale siano stati illustrati e mostrati vari prodotti e materiali differenti fra loro per tipo e marca?
SI |_| NO |_|

- 6) Da quando ha subito l'intervento, ha sempre usato lo stesso tipo di materiale e/o prodotto o ne ha provato più di uno?
Un solo tipo |_| Diversi tipi |_|

- 7) Se ha provato più di un tipo di materiale e/o prodotto, ne ha trovato uno che più degli altri fosse adatto alle sue esigenze?
SI |_| NO |_|

LISCESTO

**Questionario sulla Libertà di SCELta dei presidi da parte dei pazienti
STOmizzati**

Versione finale – 30 Gennaio 2007

Modulo compilato da parte:

del PAZIENTE

di un FAMILIARE / ASSISTENTE

iniziali: |_|_|_|

firma: _____

- 8) Vorrebbe usare un prodotto e/o materiale diverso da quello che usa attualmente?
SI |_| NO |_|
- 9) Il personale del Centro Stomizzati a cui si rivolge è disponibile?
SI |_| NO |_|
- 10) Gli orari del Centro/Ambulatorio a cui si rivolge vengono rispettati?
SI |_| NO |_|
- 11) Ottiene sempre risposte esaurienti alle domande che pone al personale del Centro a cui si rivolge?
SI |_| NO |_|

LISCESTO

**Questionario sulla Libertà di SCELta dei presidi da parte dei pazienti
STOmizzati**

Versione finale – 30 Gennaio 2007

Modulo compilato da parte:

del MEDICO

iniziali: |_|_|_|

firma: _____

- 1) Ha avuto modo di conoscere e/o impiegare per i Suoi pazienti materiali e prodotti differenti per tipo e marca?
- SI |_| NO |_|
- 2) Quando spiega ai Suoi pazienti le procedure a cui andranno incontro, illustra loro prodotti differenti per tipo e marca o un solo tipo di prodotto?
- Un solo tipo |_| Diversi tipi |_|
- 3) Se ha provato più di un tipo di materiale e/o prodotto, ne ha trovato uno che più degli altri fosse adatto alle sue esigenze?
- SI |_| NO |_|
- 4) Vorrebbe cambiare il materiale e/o prodotto che usa attualmente?
- SI |_| NO |_|
- 5) Dopo l'intervento i Suoi pazienti usano sempre lo stesso tipo di materiale e/o prodotto o capita che questo venga cambiato con altro ritenuto più adatto?
- Stesso materiale |_| Altro più adatto |_|
- 6) Le è capitato di impiegare un materiale e/o prodotto meno adatto di altri a causa della mancata disponibilità di questi ultimi?
- SI |_| NO |_|
- 7) Le capita di ricevere dai Suoi pazienti la richiesta di cambiare il materiale in uso?
- SI |_| NO |_|