

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان

مرکز آموزشی درمانی امام موسی کاظم (ع)

عنوان سند : چک لیست

عنوان : رضایت سنجی مراجعین اورژانس

کد : Sav-ChList-Satis-EW

شماره ویرایش : ۴

صفحه : ۱ از ۲

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۹/۵/۲۵

تاریخ ابلاغ: ۹۹/۶/۲۵

تاریخ بازنگری بعدی: ۰۰/۵/۲۵

مراجعه کننده گرامی: این مرکز در نظر دارد با بهره مندی از نظرات شما، ارائه خدمات در بخش اورژانس را ارزیابی کرده و اقدامات لازم را در راستای ارتقای کیفیت خدمات انجام دهد. خواهشمند است فرم مربوطه را با دقت تکمیل فرمایید.

پاسخ دهنده: بیمار <input type="checkbox"/>	همراه بیمار <input type="checkbox"/>	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/>
سن:	تحصیلات: بی سواد <input type="checkbox"/> زیر دیپلم <input type="checkbox"/> دیپلم و فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>	
نوع بیمه: آزاد <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر:.....		
تاریخ:	محل سکونت: بومی <input type="checkbox"/> غیر بومی <input type="checkbox"/>	
شیفت: صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/>		

ردیف	کد	عنوان	میزان رضایت شما					
نگهبانی	G1	چقدر از برخورد و رفتار کارکنان نگهبانی راضی هستید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم
	G2	چقدر از کنترل تردد مراجعین توسط نگهبانان راضی هستید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم
پذیرش اورژانس	A1	چقدر از برخورد متصدی پذیرش اورژانس رضایت دارید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم
	A2	چقدر از سرعت عمل متصدی پذیرش اورژانس در ارائه خدمات رضایت دارید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم
	A3	چقدر از سرعت تشکیل پرونده / کارت پذیرش سرپایی راضی هستید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم
پذیرش معالج	D1	چقدر از نحوه برخورد پزشک اورژانس رضایت دارید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم
	D2	چقدر از مدت زمان حضور پزشک بر بالین بیمار بدو ورود راضی هستید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم
	D3	چقدر از رعایت حریم خصوصی خود توسط پزشک معالج به هنگام معاینه رضایت دارید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم

میزان رضایت شما					عنوان	کد	مورد					
خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	Nu1	کادر پرستاری					
چقدر از نوبت دهی منظم و کنترل شده برای حضور در اتاق پانسمان راضی هستید؟					خیلی کم	کم		متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	Nu2
چقدر از نحوه برخورد پرسنل پرستاری رضایت دارید؟					خیلی کم	کم		متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	Nu3
چقدر از سرعت عمل و دقت پرسنل پرستاری در ارائه خدمت رضایت دارید؟					خیلی کم	کم		متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	Nu4
چقدر از آموزش های ارائه شده توسط پرسنل پرستاری برای مراقبت در منزل، ادامه درمان و مراجعات بعدی راضی هستید؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	SW1	مددکاری
چقدر از برخورد پرسنل مددکاری راضی بوده اید؟ (در صورت مراجعه)					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	SW2	
چقدر از خدمات ارائه شده توسط پرسنل مددکاری راضی بوده اید؟ (در صورت مراجعه)					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	L1	داروخانه
رضایت شما از برخورد پرسنل داروخانه چقدر است؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	L2	
رضایت شما از نحوه پذیرش و مدت زمان انتظار در داروخانه چقدر است؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	L3	
رضایت شما از ارائه و ثبت آموزش های لازم برای مصرف دارو/ تجهیزات خریداری شده چقدر است؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	Dis1	رضیص
چقدر از سرعت روند ترخیص و تسویه حساب راضی هستید؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	Dis2	
چقدر از برخورد پرسنل صندوق راضی هستید؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	H1	رفاهی
چقدر از تحویل به موقع امکانات و تسهیلات مورد نیاز (پتو، ملحفه، روبالشتی) راضی هستید؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	H2	
چقدر از علائم راهنما و تابلوها برای دسترسی به واحدهای مختلف رضایت دارید؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	C1	نظافت
چقدر از سرمایهش، گرمایش و تهویه محل انتظار اورژانس راضی هستید؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	C2	
چقدر از نظافت و تمیز بودن کف، سالن و فضای انتظار اورژانس رضایت دارید؟					خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	نظری ندارم	*در صورت نیاز به مجدد به دریافت خدمت، آیا مجدداً به اورژانس این مرکز مراجعه خواهید کرد؟	
					<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی							
					<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی		*آیا مراجعه به این مرکز را جهت دریافت خدمات اورژانس و سرپایی به دوستان و آشنایان خود توصیه خواهید کرد؟					
خواهشمند است جهت رسیدگی موثر، موارد عدم رضایت‌مندی و پیشنهادات خود را ذکر فرمایید:.....												