

## Dipartimento di Salute Mentale

Regione Lazio

### QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE PAZIENTI

STRUTTURE TERRITORIALI

FOGLIO DATI PERSONALI

SEDE \_\_\_\_\_

<i>Di che sesso è?</i>		<i>Qual è la sua età?</i>	
Maschio <input type="checkbox"/>	Femmina <input type="checkbox"/>	[ ][ ]	
<i>Quale è il Suo stato civile?</i>		<i>Quale è il Suo titolo di studio?</i>	
Celibe/nubile <input type="checkbox"/>	Coniugato/a <input type="checkbox"/>	Nessuno <input type="checkbox"/>	Lic. Elementare <input type="checkbox"/>
Separato/a <input type="checkbox"/>	Divorziato/a <input type="checkbox"/>	Media inf. <input type="checkbox"/>	Media sup. <input type="checkbox"/>
Convivente <input type="checkbox"/>	Vedovo/a <input type="checkbox"/>	Laurea <input type="checkbox"/>	Altro _____
<i>Che attività svolge?</i>			
Occupato/a <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>		
Disoccupato/a <input type="checkbox"/>	Casalinga <input type="checkbox"/>		
Sottoccupato/a <input type="checkbox"/>	Pensionato/a <input type="checkbox"/>		
In cerca di occupazione <input type="checkbox"/>	Altro _____		

- In quale anno ha avuto il primo contatto con il nostro Dipartimento di Salute Mentale?

[ ][ ][ ][ ]

- Se da meno di un anno:

da quanto tempo è in contatto con il nostro Dipartimento di Salute Mentale?

Da oltre 3 fino a 6 mesi

Da oltre 6 fino a 12 mesi

**Scala Romana Autocompilata sulla Opinione  
dei pazienti ospiti nelle Strutture Residenziali  
(ROS SC)**

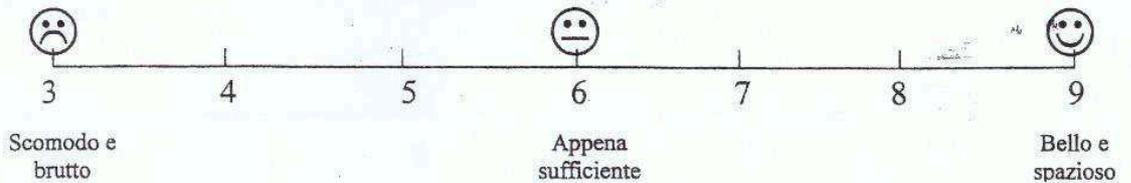
TIPO SERVIZIO

SEDE

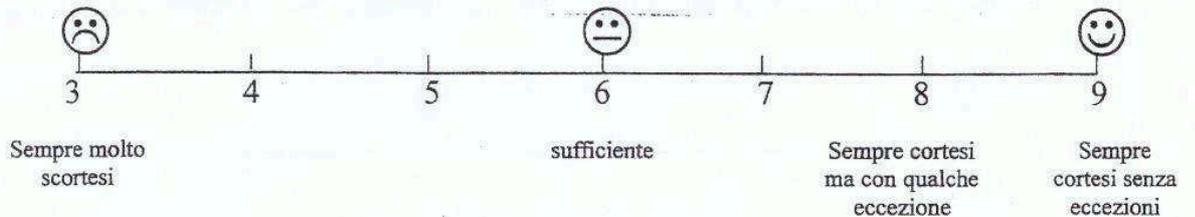
DATA COMPILAZIONE

Se i punteggi vanno da 3 a 9, dove 3 significa il peggio possibile e 9 il meglio possibile, le chiediamo di dare un punteggio ai seguenti aspetti del servizio:

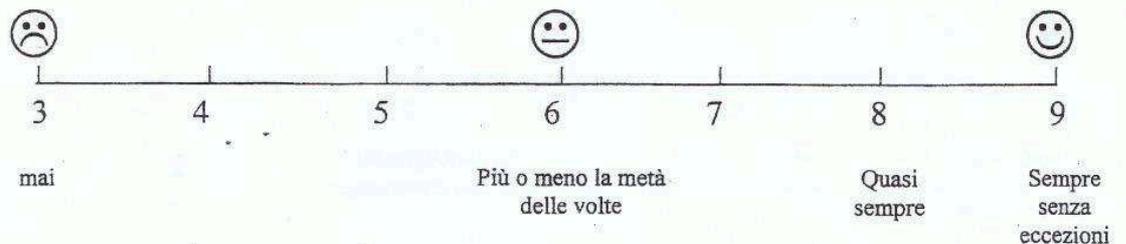
**1. Che punteggio darebbe agli spazi, cura degli ambienti e dell'arredamento?**



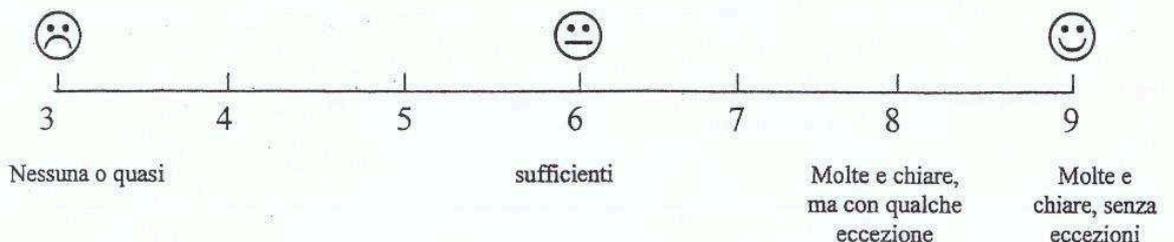
**2. Che punteggio darebbe alla cortesia e disponibilità del personale di questo servizio?**



**3. Quando ha pensato di aver bisogno di un operatore (medico, psicologo, assistente sociale, infermiere ecc.), fuori dagli appuntamenti già fissati, lo ha potuto incontrare subito o abbastanza in fretta?**

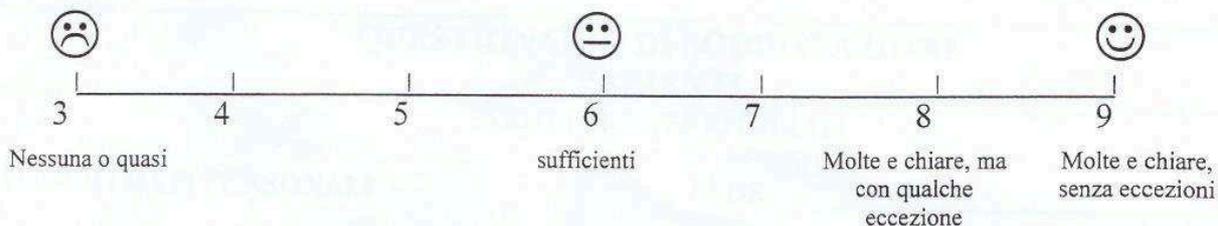


**4. Che punteggio darebbe alle informazioni che ha ricevuto sulle sue condizioni di salute (le hanno parlato di tutto quello che voleva sapere, le informazioni sono state chiare)?**

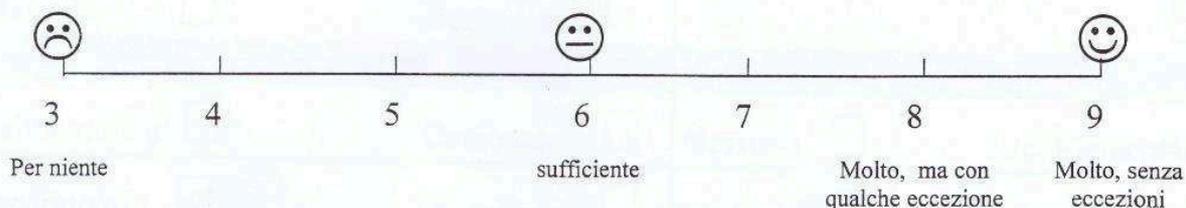


**5. Che punteggio darebbe alle informazioni che le hanno dato sui vantaggi e gli effetti collaterali delle medicine che sta prendendo? (le hanno parlato di tutto quello che voleva sapere, le informazioni le sono state chiare)?**

Non mi riguarda, questo servizio non mi ha prescritto né somministrato farmaci



**6. Le sembra di essere stato ascoltato e coinvolto nella scelta delle cure e dell'assistenza che ha ricevuto qui?**



**7. Nel complesso, è soddisfatto dell'assistenza e delle cure che ha ricevuto da questo servizio?**



**8. Nel complesso, è migliorato da quando frequenta questo servizio?**



**9. Nel complesso, consiglierebbe ad un parente o ad un amico con un problema come il suo, di rivolgersi a questo servizio?**

