

## VALUTAZIONE DEL PEDIATRA E DEL RELATIVO AMBULATORIO

Con il presente questionario desideriamo conoscere le sue esperienze con il suo pediatra. La preghiamo di indicare la risposta più adatta al suo caso apponendo una crocetta in corrispondenza di un numero da 5 (= eccellente) a 1 (= insufficiente). Qualora una domanda non la riguardi, utilizzi l'apposita casella: "non pertinente / irrilevante".

**Le sue risposte rimarranno assolutamente anonime.**

**Parte A: parte generica per genitori e ragazzi** (apporre una crocetta: )

1     Sono un genitore/accompagnatore                       Sono un/una ragazzo/a

<b>NEGLI ULTIMI 12 MESI, IN CHE MODO IL PEDIATRA È STATO IN GRADO DI...</b>		insufficiente					eccellente	non perti- nente / irri- levante
<b>Pediatra a valutare: «Anrede» «Vorname» «Name»</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>		
2	... dedicarle/ti tutto il tempo necessario durante la visita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	... dimostrare interesse per la situazione personale di suo figlio/per la tua situazione personale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	... metterla/ti a suo/tuo agio in modo da potergli parlare dei problemi di suo figlio/dei tuoi problemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	... coinvolgerla/ti nelle decisioni riguardanti la terapia medica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	... ascoltarla/ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	... attenuare rapidamente i disturbi di suo figlio/i tuoi disturbi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	... affrontare scrupolosamente i problemi di suo figlio/i tuoi problemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	... visitare suo figlio/visitarti adeguatamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	... proporre/ti misure di prevenzione? (Ad es. vaccinazioni, esami di controllo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	... spiegare a suo figlio/spiegarti lo scopo degli esami e delle terapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	... informarla/ti in merito a ciò che voleva/volevi sapere sui disturbi/sulla malattia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	... aiutarla/ti ad affrontare emotivamente le sue/tue condizioni di salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	... aiutarla/ti a capire l'importanza di seguire i suoi consigli di medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	... spiegarle/ti i vantaggi e gli svantaggi delle diverse possibilità terapeutiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	... spiegarle/ti l'azione e gli eventuali effetti collaterali dei farmaci prescritti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	... spiegarle/ti come contribuire alla guarigione di suo figlio / alla tua guarigione??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	... ricordare i colloqui precedenti e le relative terapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	... prepararla/ti a ciò che aspetta suo figlio / ti aspetta dallo specialista o in ospedale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>CON RIFERIMENTO AGLI ULTIMI 12 MESI, COME VALUTA/VALUTI...</b>								
20	... la disponibilità del personale dell'ambulatorio (medico escluso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	... l'offerta di appuntamenti adatti alle sue/tue esigenze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## Parte D: soddisfazione complessiva e informazioni generiche per genitori e ragazzi

Pediatra a valutare: «Anrede» «Vorname» «Name»		Assolutamente no			Assolutamente si		non pertinente / irrilevante
		1	2	3	4	5	
44	... Raccomanderei caldamente questo pediatra ai miei amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	... Non ho motivo di cambiare medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Informazioni personali

- 1) Sesso  maschile  femminile
- 2) Et   anni
- 3) Qual   la sua/tua lingua madre?
- tedesco  
 francese  
 inglese  
 italiano  
 romancio  
 portoghese  
 turco  
 lingua slava  
 spagnolo  
 altro
- 4) In generale definirei lo stato di salute di mio figlio / il mio stato di salute?
- eccellente  
 ottimo  
 buono  
 discreto  
 cattivo
- 5) Quanti giorni suo figlio ha trascorso/hai trascorso in ospedale negli ultimi 12 mesi?  giorni
- 6) Suo figlio ha/Hai una malattia grave che dura da pi  di 3 mesi?  S   No
- 7) Negli ultimi 12 mesi, con che frequenza ha/hai avuto contatti con questo pediatra in ambulatorio o in visite a domicilio  volte
- 8) L'ultima volta che suo figlio si  /tu ti sei ammalato/a gravemente, con che rapidit  ha/hai ricevuto un appuntamento in ambulatorio?
- lo stesso giorno  
 il giorno seguente  
 2-5 giorni dopo  
 6 o pi  giorni dopo
- 9) Secondo la sua/tua esperienza, qual   il tempo d'attesa medio in questo ambulatorio pediatrico?  
*(si intende il tempo tra l'appuntamento fissato e l'inizio del consulto)*
- meno di 30 min.  
 da 1 a 2 ore  
 da 30 min. a 1 ora  
 pi  di 2 ore

**Grazie della collaborazione!**