

Ankieta pooperacyjna dla pacjentów

Szanowni Państwo!

Mając na względzie dbałość o jakość znieczulenia oraz opieki okołoperacyjnej prosimy o odpowiedź na poniższe pytania, zaznaczając właściwą wartość na skali od 0-10 gdzie 0 oznacza „nie dotyczy w ogóle” lub „najmniej”, a 10 oznacza „dotyczy w najbardziej możliwy sposób” lub „najwięcej”.

1/W jakim stopniu jest Pan/Pani usatysfakcjonowany co do otrzymanych informacji o znieczuleniu i wyjaśnieniu procedury znieczulenia przed zabiegiem operacyjnym?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
_____>

2/W jakim stopniu odczuwał Pan/Pani ból czy dyskomfort w trakcie wykonywania znieczulenia?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
_____>

3/W jakim stopniu odczuwał Pan/Pani w czasie zabiegu ból/dyskomfort dotyczący operowanego miejsca?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
_____>

4/ W jakim stopniu odczuwał Pan/Pani w czasie zabiegu ból/dyskomfort dotyczący ucisku na ramieniu po stronie operowanej?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
_____>

5/W jakim stopniu odczuwał Pan/Pani stres w trakcie znieczulenia i zabiegu operacyjnego?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
_____>

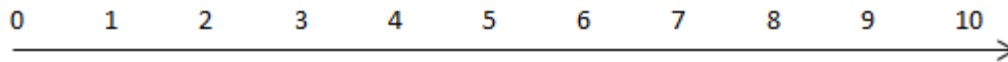
6/ W jakim stopniu miał Pani/Pan poczucie bezpieczeństwa w trakcie znieczulenia oraz zabiegu operacyjnego?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
_____>

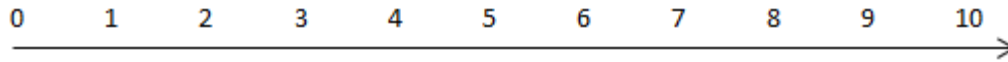
7/W jakim stopniu anestezjolog wykazał zrozumienie dla Pana/Pani skarg dotyczących dyskomfortu /ból lub stresu w trakcie lub po zabiegu operacyjnym?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
_____>

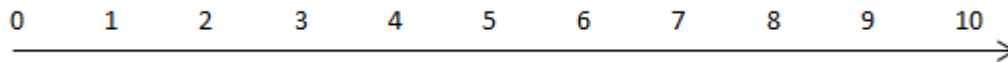
8/W jakim stopniu nudności czy wymioty były problemem dla Pana/Pani po zabiegu operacyjnym?



9/Do jakiego stopnia brak czucia i możliwości poruszania kończyną przeszkadzało Panu/Pani w okresie pooperacyjnym?



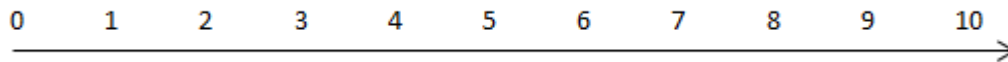
10/ Jak bardzo nasilone dolegliwości bólowe odczuwał Pan/Pani po ustąpieniu znieczulenia?



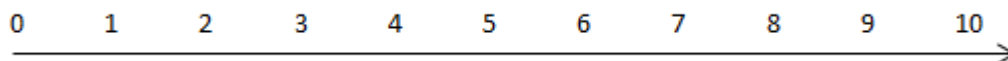
11/Czy po ustąpieniu znieczulenia pojawiły się dolegliwości które wiążą państwo bezpośrednio ze znieczuleniem/np. ból, zaburzenia ruchomości kończyny, zaburzenia czucia, mrowienia, krwaki w miejscu blokady/? TAK/NIE Jeśli tak to jakie ?

.....
.....

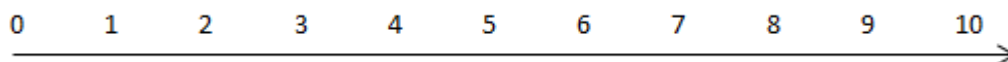
12/Jak ocenia Pan/Pani jakość leczenia bólu w okresie pooperacyjnym?



13/W jakim stopniu informacje dotyczące znieczulenia które otrzymała Pani/Pan przed zabiegiem znalazły potwierdzenie w rzeczywistości?



14/ Czy w przypadku konieczności ponownego zabiegu wybrała by Pani/Pan tę samą formę znieczulenia?



15/Czy mają Państwo uwagi lub sugestie co jeszcze możemy zrobić lub czego unikać aby w Państwa przekonaniu maksymalnie poprawić jakość naszej pracy?

.....
.....