



## QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Gentile Sig. re/ra, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande che indicano il grado della Sua soddisfazione per l'attenzione e il trattamento che ha ricevuto per il dolore.

Le Sue risposte ci aiuteranno a conoscere meglio i Suoi bisogni in base a quella che è stata la Sua esperienza.

Per cortesia consegni il questionario compilato secondo le istruzioni ricevute dal personale sanitario.

Reparto \_\_\_\_\_ Da quanti giorni è ricoverato/a \_\_\_\_\_  
Età \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
Titolo di studio:  sc.elementare  sc. media  sc superiore  università

### Questionario

1. Ha provato dolore e in che misura nel corso di questo ricovero?  
 SI, insopportabile  SI, forte  SI, lieve  NO
2. Ha subito interventi chirurgici?  
 SI  NO
3. Prima dell'intervento le è stato spiegato che il dolore post operatorio sarebbe stato trattato?  
 SI  NO
4. Dia un voto al dolore più forte che a provato.  
Da 0 a 10
5. È soddisfatto del trattamento antidolorifico che ha ricevuto?  
 SI  NO
6. Le è stato spiegato di dire quando ha dolore?  
 SI  NO
7. Quanto ha dovuto aspettare prima di ricevere il trattamento antidolorifico?  
 Poco  Abbastanza  Molto
8. Qualcuno ha verificato se il dolore è diminuito?  
 SI  NO

Eventuali ulteriori suggerimenti o commenti:

.....  
.....