Il presente questionario, con le risposte da Lei fornite sul trattamento ricevuto, ci aiuterà ad apportare dei miglioramenti della qualità del servizio di Analgesia Peridurale del parto.

La compilazione è anonima.

La ringraziamo anticipatamente per la collaborazione ed il tempo dedicatoci.

ETA': ☐ 15/20 ☐ 21/30 ☐ 31/40 ☐ >40

SCOLARITA': ☐ analfabeta ☐ elementare ☐ media ☐ diploma ☐ laurea

ATTIVITA': ☐ studente ☐ casalinga ☐ impiegata ☐ lib. profess. ☐ disoccupata ☐ altro

In Sala Parto l'accoglienza è stata adeguata:

☐ si ☐ no ☐ parzialmente

L'ambiente era confortevole:

☐ si ☐ no ☐ parzialmente

Se non confortevole a causa di:

☐ Rumori ☐ Odori ☐ Freddo ☐ Caldo ☐ Luce ☐ Voci

☐ Ttroppa confusione ☐ Mancanza di" pricacy" ☐ Non ricordo

Ho trovato il personale:

gentile e attento ai miei bisogni	☐ si	☐ no
disponibile	☐ si	☐ no
sbrigativo	☐ si	☐ no
sgarbato	☐ si	☐ no

altro.....

Sono stata informata sulla procedura praticata:

☐ si ☐ no ☐ parzialmente

Il dolore è stato adeguatamente controllato durante:

La puntura alla schiena ☐ si ☐ no ☐ parzialmente

Il travaglio ☐ si ☐ no ☐ parzialmente

Il parto ☐ si ☐ no ☐ parzialmente

Le fasi successive (secondamento, sutura) ☐ si ☐ no ☐ parzialmente

Dopo il parto, nei giorni successivi:

☐ Sono stata bene

☐ Ho sofferto per :

☐ vomito ☐ dolore ☐ brividi-tremori ☐ sete

☐ fame ☐ bisogno di urinare ☐ altro.....

Si sono manifestati a suo parere effetti collaterali e/o complicanze?

☐ si ☐ no ☐

In caso affermativo, mi è stata prestata una assistenza adeguata?

☐ si ☐ no ☐ parzialmente

Ripeterei l'esperienza o la consiglierei ad altre donne? ☐ si ☐ no ☐

Eventuali osservazioni e/o consigli

.....

.....

.....

.....