



Ankieta telefoniczna
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA NAD
PACJENTAMI WENTYLOWANYMI
MECHANICZNIE

wydanie: 3/2024.04.30

strona: 1/2

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko

OCENA PERSONELU

Lekarz prowadzący

1) Czy wizyty lekarza są regularne

a) tak b) nie

2) Stosunek do pacjenta tj. życzliwość, uprzejmość, wykazywanie zaangażowanie, okazywanie zainteresowania i zrozumienie

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle

3) Uwagi do opieki lekarskiej:

Pielęgniarka prowadząca

1) Czy wizyty pielęgniarki są regularne

a) tak b) nie

2) Stosunek do pacjenta tj. życzliwość, uprzejmość, wykazywanie zaangażowanie, okazywanie zainteresowania i zrozumienie

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle

3) Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych – toaleta, w tym toaleta p/odleżynowa

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle e) nie dotyczy

4) Zapewnienie intymności, komfortu i godności osobistej podczas zabiegów pielęgnacyjnych

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle

5) Uwagi do opieki pielęgniarskiej:

Fizjoterapeuta prowadzący

1) Czy wizyty fizjoterapeuty są regularne

a) tak b) nie

2) Stosunek do pacjenta tj. życzliwość, uprzejmość, wykazywane zaangażowanie, okazywanie zainteresowania i zrozumienie

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle

3) Sprawność wykonywania czynności rehabilitacyjnych (ćwiczenia czynne, bierne, pionizacja)

a) bardzo dobrze b) dobrze c) przeciętnie d) źle e) nie dotyczy

4) Uwagi do opieki fizjoterapeuty:



Ankieta telefoniczna
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA NAD
PACJENTAMI WENTYLOWANYMI
MECHANICZNIE

wydanie: 3/2024.04.30

strona: 2/2

PYTANIA DOTYCZĄCE SPRAWOWANEJ OPIEKI

1) Czy Pan/i korzysta z pomocy innych świadczeniodawców w zakresie:

- a) opieki hospicyjnej domowej b) POD c) nie korzysta

2) Czy Pan/i w ostatnim okresie przebywała w:

- a) w szpitalu b) w sanatorium c) w zakładzie rehabilitacyjnym d) ZOL e) nie przebywał(a)

3) Jak często występują przerwy w dostawie energii elektrycznej

.....

4) Czy posiada Pan/i zastępcze źródło zasilania (np. agregat prądotwórczy)

- a) tak b) nie

5) Czy paczki z sprzętem jednorazowego użytku są dostarczane w terminie

- a) tak b) nie c) nie dotyczy

6) Czy paczki z sprzętem jednorazowego użytku są kompletne

- a) tak b) nie c) nie dotyczy d) uwagi

7) Uwagi do sprawowanej opieki

.....

Wywiad przeprowadzono z pacjentem/rodziną/opiekunem:

.....
Data i podpis osoby przeprowadzającej ankietę