

Data:

Pyetësori për pjesëmarrësit e kolonoskopisë

Në cilin institucion shëndetësor e keni bërë kolonoskopinë?

.....

Emri dhe mbiemri i mjekut që ka kryer kontrollin:

.....

1. **A janë të kuptueshme dhe të qarta udhëzimet për marrjen e mostrave të feçes?**

(shëno me X përgjigjen!)

po jo pjesërisht

2. **A janë të kuptueshme dhe të qarta udhëzimet për pastrimin e zorrëve?** (shëno me X përgjigjen!)

po jo pjesërisht

3. **A ka qenë e kënaqshme ndihma e mjekut tuaj personal gjatë përgatitjeve për kolonoskopi?** (shëno me X përgjigjen!)

po jo pjesërisht

4. **A jua kanë shpjeguar në mënyrë adekuate procedurën e kontrollit para bërjes së kolonoskopisë?** (shëno me X përgjigjen!)

PO – ma ka shpjeguar mjeku im personal i zgjedhur

PO – ma ka shpjeguar mjeku që ka kryer kolonoskopinë

VETËM Pjesërisht ma ka shpjeguar mjeku im personal i zgjedhur

VETËM Pjesërisht ma ka shpjeguar kontrollin mjeku që ka kryer kolonoskopinë

JO – procedurën e kontrollit nuk ma ka shpjeguar askush në mënyrë adekuate

5. **A ju kanë shpjeguar në mënyrë adekuate para kolonoskopisë cilat janë rreziqet?**

(shëno me X përgjigjen!)

po jo

6. **Si e vlerësoni raportin personal të mjekut që ka kryer kolonoskopinë?**

(Vlerësoni në shkallën prej 1 deri në 5, ku 5 është vlerësimi më i lartë!)

	1	2	3	4	5
Mirësjellja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respekti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dashamirësia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirëkuptimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Si e vlerësoni punën e mjekut që ka kryer kolonoskopinë?

(Vlerësoni në shkallën prej 1 deri në 5, ku 5 është vlerësimi më i lartë!)

	1	2	3	4	5
I përpiktë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I kujdesshëm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preciz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Si ju duket raporti personal i infermiereve dhe i stafit tjetër që është kujdesur për ju gjatë kolonoskopisë? (Vlerësoni në shkallën prej 1 deri në 5, ku 5 është vlerësimi më i lartë!)

	1	2	3	4	5
Mirësjellja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respekti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dashamirësia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirëkuptimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kontrollin e ka kryer vetë mjeku

9. A ju ka shpjeguar pas kolonoskopisë mjeku si ka qenë kontrolli, si është gjendja juaj shëndetësore dhe cilat masa duhen ndërmarrë më tej?

(shënoni me X përgjigjen!)

po jo pjesërisht

10. Si e vlerësoni shkallën e dhimbjeve gjatë kolonoskopisë? (shënoni me X përgjigjen!)

pa dhimbje shumë pak dhimbje pak dhimbje
 dhimbje mesatare dhimbje shumë të forta dhimbja mezi të durueshme
 dhimbje të padurueshme

11. Si e vlerësoni përvojën e kolonoskopisë? (shënoni me X përgjigjen!)

shumë negative negative asgjë e veçantë pozitive shumë pozitive

12. A jeni gati ta përsërisni kontrollin kur të nevojitet? (shënoni me X përgjigjen!)

po
 po, por tek një mjek tjetër Pse?

pjesërisht Pse?

13. A do t'ua rekomandoni kontrollin kushërinjve, miqve dhe të njohurve?

(shënoni me X përgjigjen!)

po
 po, por tek një mjek tjetër Pse?

pjesërisht Pse?

14. A jeni të kënaqur me mbështetjen e Qendrës së kontaktit të Programit Svit?

(shënoni me X përgjigjen!)

po jo pjesërisht

15. A ju kanë ndihmuar informacionet në internet faqet e Programit Svit?

(shënoni me X përgjigjen!)

po jo pjesërisht nuk e përdor fare internetin