

Data:

Questionario per i partecipanti al programma che si sono sottoposti alla colonscopia

In quale struttura sanitaria è stato/a sottoposto/a alla colonscopia?

.....

Nome e cognome del medico che ha eseguito la colonscopia:

.....

1. **Le istruzioni per il prelievo dei campioni di feci erano comprensibili e chiare?**

(Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

sì no in parte

2. **Le istruzioni per la pulizia dell'intestino erano comprensibili e chiare?**

(Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

sì no in parte

3. **Era soddisfatto/a dell'aiuto fornito dal Suo medico durante la preparazione alla colonscopia?** (Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

sì no in parte

4. **Prima della colonscopia la procedura dell'esame Le è stata illustrata adeguatamente?**

(Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

- sì** – la procedura mi è stata illustrata dal mio medico
- sì** – la procedura mi è stata illustrata dal medico che ha eseguito la colonscopia
- SOLO IN PARTE** la procedura mi è stata illustrata dal mio medico
- SOLO IN PARTE** la procedura mi è stata illustrata dal medico che ha eseguito la colonscopia
- no** – la procedura non mi è stata illustrata da nessuno

5. **Prima della colonscopia Le sono stati illustrati adeguatamente i rischi?**

(Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

sì no

6. **Che impressione ha avuto del rapporto interpersonale del medico che ha eseguito la colonscopia?** (Indichi un numero da 1 a 5, dove 5 corrisponde al voto più alto.)

	1	2	3	4	5
gentilezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rispetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
empatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **Come valuta il lavoro svolto dal medico che ha eseguito la colonscopia?**

(Indichi un numero da 1 a 5, dove 5 corrisponde al voto più alto.)

	1	2	3	4	5
scrupoloso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
preciso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Che impressione ha avuto del rapporto interpersonale delle infermiere e del personale sanitario che si è occupato di Lei durante la colonscopia?**

(Indichi un numero da 1 a 5, dove 5 corrisponde al voto più alto.)

	1	2	3	4	5
gentilezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rispetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cortesìa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
empatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

durante la colonscopia era presente solo il medico

9. **Dopo aver eseguito la colonscopia, il medico Le ha spiegato chiaramente come si è svolto l'esame, qual è il Suo stato di salute e quali altri interventi sono necessari?**

(Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

sì no in parte

10. **Come valuta il grado di dolore durante la colonscopia?** (Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

nessun dolore dolore lieve dolore moderato
 dolore forte dolore molto forte dolore appena tollerabile
 dolore intollerabile

11. **Come valuta la Sua esperienza della colonscopia?** (Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

molto negativa negativa niente di che positiva molto positiva

12. **Sarebbe disposto/a a ripetere l'esame quando sarà necessario?**

(Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

sì

sì, ma presso un altro medico

Perché?

in parte

Perché?

13. **Consiglierebbe l'esame a familiari, amici e conoscenti?** (Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

sì

sì, ma presso un altro medico

Perché?

in parte

Perché?

14. **Si ritiene soddisfatto/a dell'aiuto fornito dal Call center del Programma Svit?**

(Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

sì no in parte

15. **Ha trovato utili le informazioni riportate sul sito internet del Programma Svit?**

(Apporre una croce sulla risposta selezionata.)

sì no in parte non utilizzo internet