

**QUESTIONARIO DI
GRADIMENTO**

Buongiorno

Le chiediamo di compilare il Questionario per conoscere il suo giudizio.

Può anche aggiungere commenti o suggerimenti.

Il questionario è anonimo. Se desidera una risposta può firmare e aggiungere i suoi dati.

Grazie per il tempo che ha dedicato: il suo giudizio è utile per migliorare il servizio.

Responsabile Servizio Consultori Familiari

Dr.ssa Ivana Bassani

Data _____

ALCUNE INFORMAZIONI:

- Et .....
- Nazionalit .....
- Stato civile.....
- Comune di residenza.....

HA FREQUENTATO IL CORSO:

- DI COPPIA
- SINGOLO

HA FIGLI ?:

- SI quanti.....
- No

Come   venuta a conoscenza degli incontri di accompagnamento alla nascita?

- operatori Consultori Familiari operatori polo ospedaliero amici/conoscenti
 stampa internet medico curante sito asst farmacista comune
 altro

GIUDIZIO

	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
GIUDIZIO GLOBALE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>In particolare:</i>				
Organizzazione e luogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durata del corso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orario degli incontri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affiatamento e coinvolgimento del gruppo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiarezza delle informazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

QUALITA' DELLE ATTIVITA' E INFORMAZIONI PROPOSTE

	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
GIUDIZIO GLOBALE	o	o	o	o
<i>In particolare:</i>				
Informazioni sulla gravidanza	o	o	o	o
Prodromi, travaglio, parto	o	o	o	o
Allattamento	o	o	o	o
Cure al bambino	o	o	o	o
Informazioni sul puerperio	o	o	o	o
Lavoro corporeo e rilassamento	o	o	o	o
Informazioni sulla contraccezione	o	o	o	o
Informazioni sui diritti e normative	o	o	o	o
Informazioni sulle vaccinazioni	o	o	o	o
Informazioni sulla relazione madre-bambino	o	o	o	o

COSA HA PREFERITO DEL CORSO?

.....

.....

.....

COSA MODIFICHEREBBE?

.....

.....

.....

SULLA BASE DELLA SUA ESPERIENZA CONSIGLIEREBBE QUESTA OPPORTUNITA' AD ALTRI FUTURI GENITORI ?

Si No

Per gli operatori:

Sede degli incontri.....