

**QUESTIONARIO DI
GRADIMENTO**

Buongiorno

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

Può anche aggiungere commenti o suggerimenti.

Grazie per il tempo che vorrà dedicarci: il suo giudizio è utile per migliorare il nostro servizio.

Il gruppo ostetrico dei Consulteri Familiari

Consultorio Familiare di _____ **Data** _____

1. Alcune informazioni:

- **Età** 14-17 18-25 26-34 35-45 46-65
- **Nazionalità** Italiana Se non Italiana: Europea Extraeuropea
(specificare).....
- **Stato civile** coniugata nubile separata/divorziata
- **Comune di residenza** in provincia di Lecco extra provincia di Lecco
(specificare).....

2. E' la sua prima gravidanza?

- Si**
- No; precedentemente l'assistenza alla gravidanza è avvenuta presso:**
 - Consulteri Familiari ambulatorio ginecologico Consulteri Familiari ambulatorio ostetrico
 - Polo ospedaliero ambulatorio ginecologico Polo ospedaliero ambulatorio ostetrico
 - altro _____

3. Come è venuta a conoscenza dell'ambulatorio della gravidanza a basso rischio ostetrico?

- operatori Consulteri Familiari operatori polo ospedaliero amici/conoscenti
- stampa internet medico curante sito ASST Lecco farmacista
- altro

**QUESTIONARIO DI
GRADIMENTO****4. Durante la gravidanza è stata assistita anche dal ginecologo?**

- SI
- No

5. Ha frequentato gli incontri di accompagnamento alla nascita?

- SI, in Consultorio
- Si, altrove (specificare dove.....)
- No

6. GRADIMENTO GENERALE

	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente	scarso
In che modo ritiene di essere stata seguita nel percorso?					

In particolare:

Facilità di accesso al servizio					
Organizzazione e luogo					
Orario degli incontri					
Tempo che Le è stato dedicato					

7. QUALITA' DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE

	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente	scarso
Come valuta le informazioni ricevute?					

In particolare:

Informazioni sulla gravidanza					
Allattamento					
Informazioni sul puerperio					
Informazioni sulle vaccinazioni					
Informazioni sul sostegno dopo il parto alla mamma e al bambino					



QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

8. COSA HA PREFERITO DEL SERVIZIO?

.....
.....
.....
.....
.....

9. COSA MODIFICHEREBBE?

.....
.....
.....
.....
.....

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

Si No