



Ontario Health

Cancer Care Ontario

Abbiamo bisogno delle vostre opinioni!

Vi preghiamo di condividere la vostra esperienza in merito all'ultima visita presso il centro oncologico o l'ospedale. Per il completamento di questo sondaggio ci vogliono meno di 5 minuti.

Your Voice Matters è:

- Una serie di domande che vi dà la possibilità di condividere i vostri pensieri in merito alla visita presso il centro oncologico o l'ospedale.
- Un metodo per condividere come VI sentite rispetto al vostro centro oncologico locale e a Ontario Health (Cancer Care Ontario) cosicché possono essere realizzati miglioramenti per i pazienti e gli assistenti presso il vostro centro locale e in tutto l'Ontario.
- **Riservato** e non ci sarà alcun impatto sui trattamenti che ricevete. Il vostro medico non vedrà le risposte che condividerete in Your Voice Matters.

DOMANDA 1

Lei:

- Sta compilando questo sondaggio per sé in qualità di paziente
- Sta registrando le risposte per un paziente

DOMANDA 2

Se Lei sta registrando le risposte per un paziente, qual è il Suo rapporto con lo stesso?

- Familiare, amico o assistente
- Volontario
- Medico
- Altro

Se non è Lei il paziente, aiuti il paziente a registrare le sue risposte.
La preghiamo di dirci qual è stata l'ultima visita Sua/del paziente.

DOMANDA 3

Ha telefonato, ha inviato un'e-mail o un messaggio alla clinica prima dell'ultima visita?

- Sì
- No

DOMANDA 8

Sulla base della Sua ultima visita, come valuterebbe il Suo medico su una scala da 1 a 5, in cui 1 è la peggiore esperienza possibile e 5 la migliore esperienza possibile:

	Peggior			Migliore		Non applicabile
	1	2	3	4	5	
Ha ascoltato quello che Lei diceva ed eventuali preoccupazioni che poteva avere	<input type="radio"/>					
Ha discusso dei Suoi sintomi fisici	<input type="radio"/>					
Ha discusso delle preoccupazioni e dei dubbi emotivi	<input type="radio"/>					
L'ha trattata con rispetto	<input type="radio"/>					
Ha trascorso abbastanza tempo con Lei	<input type="radio"/>					
Ha spiegato le cose in modo che Lei potesse capire	<input type="radio"/>					
L'ha coinvolta nelle decisioni sul Suo trattamento nel modo che Lei desiderava	<input type="radio"/>					
Le ha dato la possibilità di porre domande	<input type="radio"/>					
Ha coinvolto amici o familiari come Lei voleva	<input type="radio"/>					

DOMANDA 9

Su una scala da 1 a 5 in cui 1 è la peggiore esperienza possibile e 5 la migliore esperienza possibile, come valuterebbe quanto segue?

	Peggior			Migliore		Non applicabile
	1	2	3	4	5	
La sala per l'esame o il trattamento era comoda e pulita	<input type="radio"/>					
La clinica ha fatto sì che Lei sapesse chi contattare in caso di domande o dubbi dopo la Sua ultima visita	<input type="radio"/>					
La Sua esperienza complessiva in merito alla qualità del trattamento ricevuto durante l'appuntamento	<input type="radio"/>					

DOMANDA 10

Prima di lasciare la clinica, ha ricevuto tutte le informazioni necessarie sulle fasi successive del Suo piano di trattamento?

- Sì
- No

DOMANDA 11

Sulla base della Sua esperienza complessiva in merito alla Sua ultima visita, come valuterebbe quanto segue su una scala da 1 a 5, in cui 1 è la peggiore esperienza possibile e 5 la migliore esperienza possibile:

Peggior			Migliore		Non applicabile
1	2	3	4	5	

La Sua esperienza **complessiva** in merito alla Sua ultima visita

La Sua fiducia **complessiva** nei confronti del team sanitario che ha incontrato in occasione della Sua ultima visita

Grazie per aver completato Your Voice Matters.

Le Sue risposte contribuiranno a migliorare le esperienze future per Lei e per gli altri pazienti, per i familiari, gli amici e gli assistenti.