

| <b>A. Opieka ambulatoryjna</b>  | <b>Odpowiedź<br/>(X)</b> |
|---|--------------------------|
| <b>A1: Czy miała Pani możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę (położna lub lekarz)?</b>  |                          |
| 1) Tak  |                          |
| 2) Nie  |                          |
| <b>A2: Czy przy pierwszej wizycie osoba prowadząca ciążę uzgodniła z Panią plan opieki nad Panią i dzieckiem?</b>   |                          |
| 1) Tak  |                          |
| 2) Nie  |                          |
| <b>A3: Czy w opiece ambulatoryjnej (w poradni) mogła Pani wykonać zlecone badania diagnostyczne?</b>  |                          |
| 1) Tak  |                          |
| 2) Nie  |                          |
| <b>A4: Czy uzyskała Pani w opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) informacje na temat praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu?</b> |                          |
| 1) Tak  |                          |
| 2) Nie  |                          |
| <b>A5: Czy uzyskała Pani w opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) informacje na temat pielęgnacji noworodka i karmienia piersią?</b>            |                          |
| 1) Tak  |                          |
| 2) Nie  |                          |
| <b>A6: Czy miała Pani możliwość kontaktu, w nagłych sytuacjach w ciągu 24 godzin z osobą kompetentną?</b>   |                          |
| 1) Tak  |                          |
| 2) Nie  |                          |
| 3) Nie dotyczy / Nie korzystałam  |                          |
| <b>A7: Czy w sytuacjach nagłych mogła Pani liczyć na poradę lekarską?</b>   |                          |
| 1) Tak  |                          |
| 2) Nie  |                          |
| 3) Nie dotyczy / Nie było potrzeby  |                          |
| <b>A8: Czy czuła się Pani bezpieczna w oferowanej przez nas opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) i jak ją Pani ocenia?</b>                    |                          |
| 1) Bardzo dobrze  |                          |
| 2) Dobrze   |                          |
| 3) Raczej dobrze  |                          |
| 4) Źle  |                          |
| 5) Bardzo źle   |                          |

| <b>S. Szpital</b>   | <b>Odpowiedź<br/>(X)</b> |
|---|--------------------------|
| <b>S1: Jak ocenia Pani organizację przyjęcia na oddział?</b>  |                          |
| 1) Bardzo dobrze  |                          |
| 2) Dobrze   |                          |
| 3) Raczej dobrze  |                          |
| 4) Źle  |                          |
| 5) Bardzo źle   |                          |
| 6) Nie dotyczy / przyjęcie nagłe  |                          |
| <b>S2: Czy w trakcie pobytu opieka nad Panią była sprawowana z zachowaniem zasad prywatności (np. podczas zbierania wywiadu, badania, udzielania informacji, porodu)?</b> |                          |
| 1) Tak, zawsze  |                          |
| 2) Zazwyczaj tak  |                          |
| 3) Rzadko   |                          |
| 4) Nie, nigdy   |                          |
| <b>S3: Czy podczas pobytu w szpitalu udzielano Pani, w sposób zrozumiały, informacji o stanie zdrowia Pani i dziecka)?</b>  |                          |
| 1) Tak, zawsze  |                          |
| 2) Zazwyczaj tak  |                          |
| 3) Rzadko   |                          |
| 4) Nie, nigdy   |                          |
| <b>S4: Czy była Pani informowana o planowanym postępowaniu medycznym i przygotowaniu do badań / porodu?</b>   |                          |
| 1) Tak, zawsze  |                          |
| 2) Zazwyczaj tak  |                          |
| 3) Rzadko   |                          |
| 4) Nie, nigdy   |                          |
| <b>S5: Czy miała Pani możliwość wyboru osoby prowadzącej poród (położna lub lekarz)?</b>  |                          |
| 1) Tak  |                          |
| 2) Nie  |                          |
| <b>S6: Ocena lekarza: Dostępność lekarza w razie potrzeby.</b>  |                          |
| 1) Bardzo dobra   |                          |
| 2) Dobra  |                          |
| 3) Raczej dobra   |                          |
| 4) Zła  |                          |
| 5) Bardzo zła   |                          |

|   |  |
|---|--|
| <b>S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków.</b>                                      |  |
| 1) Bardzo dobra   |  |
| 2) Dobra  |  |
| 3) Raczej dobra   |  |
| 4) Zła  |  |
| 5) Bardzo zła   |  |
| <b>S8: Ocena położnych: Dostępność w razie potrzeby.</b>  |  |
| 1) Bardzo dobra   |  |
| 2) Dobra  |  |
| 3) Raczej dobra   |  |
| 4) Zła  |  |
| 5) Bardzo zła   |  |
| <b>S9: Ocena położnych: Pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności.</b>                    |  |
| 1) Bardzo dobra   |  |
| 2) Dobra  |  |
| 3) Raczej dobra   |  |
| 4) Zła  |  |
| 5) Bardzo zła   |  |
| <b>S10: Czy w trakcie pobytu personel zadawał pytania dotyczące natężenia odczuwanego przez Panią bólu?</b> |  |
| 1) Tak  |  |
| 2) Nie  |  |
| <b>S11: Czy, w razie potrzeby, otrzymywała Pani skuteczne leczenie przeciwbólowe?</b>                       |  |
| 1) Tak  |  |
| 2) Nie  |  |
| 3) Nie dotyczy / nie było potrzeby  |  |
| <b>S12: Czy, w razie potrzeby, położna pomagała w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku?</b>            |  |
| 1) Tak  |  |
| 2) Nie  |  |
| 3) Nie dotyczy / nie było potrzeby  |  |
| <b>S13: Czy, gdyby można cofnąć czas, wybrałaby Pani ponownie nasz szpital jako miejsce swojego porodu?</b> |  |
| 1) Zdecydowanie tak   |  |
| 2) Tak  |  |
| 3) Raczej tak   |  |
| 4) Nie  |  |
| 5) Zdecydowanie nie   |  |
| <b>Uwagi</b>  |  |