

NEQ (Need Evaluation Questionnaire)

Questionario per la Valutazione dei Bisogni del Paziente

Cognome Nome: _____

Gent. le Signora/ Gent. le Signore

Il seguente questionario riporta un elenco di bisogni, legati alla condizione di salute, che alcune persone hanno detto di avere.

Le chiediamo di rispondere **SI** per i bisogni che Lei ritiene di avere **in questo momento** e **NO** per i bisogni che pensa di non avere.

		SI	NO
A	“Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulla mia diagnosi”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	“Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulle mie condizioni future”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	“Ho bisogno di avere maggiori informazioni sugli esami che mi stanno facendo”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	“Ho bisogno di avere maggiori spiegazioni sui trattamenti”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	“Ho bisogno di essere più coinvolto/a nelle scelte terapeutiche”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	“Ho bisogno che i medici e gli infermieri mi diano informazioni più comprensibili”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	“Ho bisogno che i medici siano più sinceri con me”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	“Ho bisogno di avere un dialogo maggiore con i medici”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		SI	NO
I	“Ho bisogno che alcuni dei miei disturbi (dolore, nausea, insonnia, ecc.) siano maggiormente controllati”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	“Ho bisogno di maggiore aiuto per mangiare, vestirmi ed andare in bagno”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	“Ho bisogno di maggiore rispetto della mia intimità”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	“Ho bisogno di maggiore attenzione da parte del personale infermieristico”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O	“Ho bisogno di essere più rassicurato dai medici”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	“Ho bisogno che i servizi offerti dall’ospedale (bagni, pasti, pulizia) siano migliori”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q	“Ho bisogno di avere maggiori informazioni economico-assicurative legate alla mia malattia (ticket, invalidità, ecc.)”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R	“Ho bisogno di un aiuto economico”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	“Ho bisogno di parlare con uno psicologo”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T	“Ho bisogno di parlare con un assistente spirituale”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U	“Ho bisogno di parlare con persone che hanno avuto la mia stessa esperienza”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	“Ho bisogno di essere maggiormente rassicurato dai miei famigliari”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	“Ho bisogno di sentirmi maggiormente utile in famiglia”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y	“Ho bisogno di sentirmi meno abbandonato a me stesso”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z	“Ho bisogno di essere meno commiserato dagli altri”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro:

In questo momento il mio bisogno principale è:

Con riferimento al Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (G.U. 29 luglio 2003, n. 174 - Supplemento ordinario n. 123/L) a riguardo della “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, autorizzo all’uso dei dati sopra riportati.

La ringraziamo per la Sua collaborazione.