|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | SI MUCHO | SI, EN PARTE | NO, NADA |
| 1- ¿Está usted **satisfecho/a** con el resultado de la atención sanitaria que está recibiendo? |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2- Indique el grado de **confianza** (sensación de estar en “buenas manos”) que le inspira: | | | | | |
|  |  | CONFIANZA **ALTA** | CONFIANZA **MEDIA** | CONFIANZA **BAJA** |
| a- | El **Centro** donde está siendo tratado |  |  |  |
| b- | El**médico/a** que le atienden |  |  |  |
| c- | El**enfermero/a** que le atienden |  |  |  |
| d- | Los **auxiliares de enfermería** que le atienden |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | MUCHO | POCO | NADA |
| 3-**En su caso concreto**¿Le preocupa sufrir un error clínico? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4-**En su caso concreto** ¿Indique si le ha pasado alguna de estas cosas?  **Ingresar en el hospital por alguna complicacióngrave** a raíz de un fallo en la atención recibida  Sufrir una **reacción alérgica**a un medicamento  Tener una **reacción inadecuada a algún medicamento** (prurito, erupción, picor, calambres, vómitos, etc.) | SI | NO |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5- A **qué cree usted que se deben**sobre todo los errores en el tratamiento de la diabetes: | | | | | |
|  |  | SIEMPRE | A veces | nunca |
| a | **Escasa formación** de los profesionales sanitarios |  |  |  |
| b | **No disponer de tiempo** suficiente para todos los pacientes |  |  |  |
| c | **Fatiga o cansancio** de los profesionales |  |  |  |
| d | **Insuficientes medios** o recursos terapéuticos |  |  |  |
| e | **Falta de comunicación** entre los profesionales |  |  |  |
| f | **Desorganización** en el Centro |  |  |  |
| g | Insuficiente entrenamiento e información al paciente para que él/ella pueda cuidarse mejor **(autocuidado)** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | SI | NO |
| 6-En el **último año**: ¿Ha tenido alguna complicación o ha necesitado un **tratamiento adicional por algún error en la atención que recibe**? | |  |  |
|  | MUY GRAVES | POCO GRAVES | NADA GRAVE |
| Si en la pregunta anterior ha contestado SI:¿Cómo fueron las consecuencias del error? |  |  |  |
| ¿Necesitó ingreso hospitalario?  ¿Cuántos días estuvo ingresado/a? |  | SI | NO |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7- ¿Con **qué probabilidad** cree que alguna de estas cosas puede pasarle a usted? | | | | | |
|  |  | ALTA | MEDIA | BAJA | |
| a | un **accidente de trafico** |  |  |  | |
| b | un incendio por **cortocircuito** |  |  |  | |
| c | un **atraco** / un robo |  |  |  | |
| d | un **error clínico**con consecuencias graves |  |  |  | |
| e | una **infección alimentaría** |  |  |  | |

**Por favor, indique:**

Su edad: años Si es: *HombreMujer*

Estado civil: soltero/a casado/a viudo/a divorciado/a

Estudios concluidos: básicos Form. profesional universitarios

Años en tratamiento en diálisis: años