



CODACONS VALLE D'AOSTA

PROGETTO: "Ristorazione come parte della cura"

Via Abbé Gorret, 29

Nr. 0165/238126

Email: info@codaconsvda.it



vers. 1.0

QUESTIONARIO AI PAZIENTI

QUALITA' DEL VITTO

PRESENTAZIONE PORTATE

La presentazione (= modo in cui è disposto nel piatto e confezionato)

I piatti sono personalizzati?

Sì

No

Se la risposta è Sì, cosa c'è indicato sopra? (es. n° camera, cognome)

TEMPERATURA CIBI

La temperatura dei cibi a colazione è adeguata?

Pane

Sì

No

Caffelatte

Sì

No

Latte

Sì

No

Thé

Sì

No

Caffè d'orzo

Sì

No

La temperatura dei cibi a pranzo è adeguata?

Primi

Sì

No

Secondi

Sì

No

Contorni

Sì

No

Frutta

Sì

No

La temperatura dei cibi a cena è adeguata?

Primi

Sì

No

Secondi

Sì

No

Contorni

Sì

No

Frutta

Sì

No

COTTURA CIBI

La cottura dei cibi a pranzo è adeguata?

Primi	Sì <input type="checkbox"/>	No (poco cotto) <input type="checkbox"/>	No (troppo cotto) <input type="checkbox"/>
Secondi	Sì <input type="checkbox"/>	No (poco cotto) <input type="checkbox"/>	No (troppo cotto) <input type="checkbox"/>
Contorni	Sì <input type="checkbox"/>	No (poco cotto) <input type="checkbox"/>	No (troppo cotto) <input type="checkbox"/>
Frutta	Sì <input type="checkbox"/>	No (poco cotto) <input type="checkbox"/>	No (troppo cotto) <input type="checkbox"/>

La cottura dei cibi a cena è adeguata?

Primi	Sì <input type="checkbox"/>	No (poco cotto) <input type="checkbox"/>	No (troppo cotto) <input type="checkbox"/>
Secondi	Sì <input type="checkbox"/>	No (poco cotto) <input type="checkbox"/>	No (troppo cotto) <input type="checkbox"/>
Contorni	Sì <input type="checkbox"/>	No (poco cotto) <input type="checkbox"/>	No (troppo cotto) <input type="checkbox"/>
Frutta	Sì <input type="checkbox"/>	No (poco cotto) <input type="checkbox"/>	No (troppo cotto) <input type="checkbox"/>

VARIETA' E QUALITA' DEL VITTO

Il menù è sufficientemente vario?

Colazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Pranzo	Primi S/N	Secondi S/N	Contorni S/N	Frutta S/N
Cena	Primi S/N	Secondi S/N	Contorni S/N	Frutta S/N

Quale alimento presente nel menù preferirebbe che venisse proposto...

Più di frequente?
Meno di frequente?
Inserito nel menù?

Il cibo ha sapore?

Sì No (troppo salato/insipido)

Il servizio di prenotazione dei pasti secondo lei funziona bene?

Sì No Non so

La dieta che sta seguendo, a suo parere è adeguata alle sue condizioni?

Sì No

Con che bevanda solitamente accompagna il pasto?

Gradirebbe altre bevande?

Sì (quali) No

Con cosa preferirebbe accompagnare il pasto?

Pane? Grissini? Fette biscottate?

Può dare un giudizio sulla qualità delle pietanze?

(? = non so; B = buono; D = discreto; S = scadente)

Colazione	Biscotti	<input type="checkbox"/>
	Pane	<input type="checkbox"/>
	Fette biscottate	<input type="checkbox"/>
	Caffelatte	<input type="checkbox"/>
	Thé	<input type="checkbox"/>
	Orzo	<input type="checkbox"/>
	Latte	<input type="checkbox"/>

Pranzo	Primi	<input type="checkbox"/>
	Secondi	<input type="checkbox"/>
	Contorni	<input type="checkbox"/>
	Frutta	<input type="checkbox"/>

Cena	Primi	<input type="checkbox"/>
	Secondi	<input type="checkbox"/>
	Contorni	<input type="checkbox"/>
	Frutta	<input type="checkbox"/>

Le è mai successo di farsi portare cibo da casa?

Sì No

Se la risposta è sì, cosa e perché?

Al di là della qualità oggettiva del vitto, crede che altri fattori possono condizionare in positivo/negativo la percezione delle pietanze?

Sì No

Quali? (es. nostalgia di casa, ambiente ospedaliero, dieta monotona perché liquida, stato di salute, condizione psicologica, età)

QUANTITA' DEL VITTO

Le porzioni a colazione sono...	Pane	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Fette biscottate	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Caffelatte	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Latte	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Thé	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Caffè d'orzo	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>

Le porzioni a pranzo sono...	Primi	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Secondi	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Contorni	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Frutta	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>

Le porzioni a cena sono...	Primi	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Secondi	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Contorni	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>
	Frutta	Abbondanti	<input type="checkbox"/>	Giuste	<input type="checkbox"/>	Scarne	<input type="checkbox"/>

CONTESTO

STOVIGLIE

È soddisfatto della pulizia di piatti, posate, bicchieri? Sì No Abbastanza
(Usurate, deformate) Sì No Abbastanza

STRUTTURA E IGIENE

Ritiene che l'ambiente in cui consuma il pasto sia adatto e accogliente? (es. muri scrostati, porte rotte) Sì No Abbastanza
Ritiene che sia spazioso l'ambiente in cui consuma il pasto? Sì No Abbastanza
Ritiene che sia pulito l'ambiente in cui consuma il pasto? Sì No Abbastanza
È soddisfatto della condizione degli arredi? (es. sedie, tavoli) Sì No Abbastanza
Ritiene che sia sufficientemente illuminato l'ambiente? Sì No Abbastanza

INFORMAZIONE

L'informazione ricevuta riguardante il menù è soddisfacente? Sì No Abbastanza
Viene dato per tempo il preavviso di eventuali variazioni al menù? Sì No Abbastanza
Le variazioni del menù (sostituzioni) vengono fatte...
Molto raramente Mai
Cosa riguardano (es. primi, secondi)
È informato in caso di uso di prodotti congelati/surgelati? Sì No Abbastanza
Degli alimenti? Sì No Abbastanza
È soddisfatto delle informazioni ivi contenute? Sì No Abbastanza

ORARI

I pasti sono serviti agli orari stabiliti? Sì No, presto / tardi
Gradimento? Sì No, presto / tardi
Colazione Sì No, presto / tardi
Pranzo Sì No, presto / tardi
Cena Sì No, presto / tardi
Sufficiente? Sì No

COMPORTEMENTO PERSONALE

Gentilezza, empatia... nei suoi confronti e dei familiari? Molto buono Buono Negativo

SUGGERIMENTI:

Cosa cambierebbe del servizio? Qualità cibi (es. variare contorni e tipi di pasta, più gusto nei piatti...)

RILEVAMENTO EFFETTUATO DA: