

Anexo 2. Encuesta sobre la utilidad del Registro de Enfermería en TPC

Encuesta:

Registro de Enfermería en Transporte de Pacientes Críticos

La siguiente encuesta es anónima, rápida y sencilla, y va dirigida al personal de enfermería que ha recepcionado pacientes de Traslado de Pacientes Críticos. Sus respuestas se usarán para las conclusiones del **“ESTUDIO DE LA NECESIDAD DE CREAR UN REGISTRO DE ENFERMERÍA EN TRANSPORTE DE PACIENTES CRÍTICOS”**.

Por favor, responda libremente y con sinceridad.

1.-¿Conoce usted los registros de enfermería del servicio de Traslado de Pacientes Críticos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe no contesta <input type="checkbox"/>
2.-¿Le han entregado estos registros en la recepción de algún paciente trasladado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe no contesta <input type="checkbox"/>
3.-En caso afirmativo, ¿le fue útil para los cuidados que necesitaba el paciente?	Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No sabe no contesta <input type="checkbox"/>
4.-¿Cree que los registros que le han entregado estaban correctamente cumplimentados?	Muchos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Pocos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe no contesta <input type="checkbox"/>
5.-¿Piensa que el intercambio de información entre personal de la ambulancia y del hospital ha mejorado con el uso de este registro?	Mucho <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> No sabe no contesta <input type="checkbox"/>
6.-¿Cree que el uso de estos registros aumenta la motivación por los Planes de Cuidados de Enfermería?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe no contesta <input type="checkbox"/>
7.-Puntúe del 1 (muy mal) al 10 (muy bien) el registro	
-en general 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	-formato 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
-parámetros 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	-diseño 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
-claridad 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	-rapidez 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
8.-¿Incluiría algún campo o dato que no esté reflejado en el registro? ¿Cuál?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe no contesta <input type="checkbox"/>
9.-¿Retiraría algún campo o dato del registro? ¿Cuál?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe no contesta <input type="checkbox"/>
10.-¿Cree necesario que se implante este sistema de registros de enfermería en el Servicio de Transporte de Pacientes Críticos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe no contesta <input type="checkbox"/>
Si desea hacer algún otro comentario hágalo aquí:	

Muchas gracias por su colaboración.