



UNIDADE DE CIRURGIA DO AMBULATÓRIO

A sua opinião pode ajudar a melhorar os cuidados prestados neste Serviço / Unidade. Para cada uma das seguintes afirmações, indique o grau de satisfação, desde “Nada Satisfeito” até “Totalmente Satisfeito”, preenchendo o respectivo círculo. Ao enganar-se a assinalar a resposta, deverá riscá-la com uma cruz e preencher o círculo correspondente à que pretende. Em caso de dúvida, peça ajuda a um profissional do Serviço. Este questionário é anónimo. Após preenchimento, deve colocar na caixa disponível para o efeito

Especialidade _____

PARÂMETROS DE QUALIDADE		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito	Não se Aplica
1.QUALIDADE / ACESSO	1.1 Facilidade de acesso ao Hospital	<input type="radio"/>					
	1.2 Facilidade de acesso à Unidade Cirurgia Ambulatório	<input type="radio"/>					
	1.3 Facilidade do circuito de atendimento	<input type="radio"/>					
	1.4 Tempo dedicado pelo Médico no atendimento	<input type="radio"/>					
	1.5 Tempo dedicado pelo Enfermeiro no atendimento	<input type="radio"/>					
2.INSTALAÇÕES	2.1 Higiene das instalações	<input type="radio"/>					
	2.2 Privacidade nas instalações	<input type="radio"/>					
	2.3 Conforto geral	<input type="radio"/>					
3.ATENDIMENTO / PROFISSIONAL	3.1 Satisfação no atendimento por Médicos	<input type="radio"/>					
	3.2 Satisfação no atendimento por Enfermeiros	<input type="radio"/>					
	3.3 Satisfação no atendimento por Assistentes Técnicos	<input type="radio"/>					
	3.4 Satisfação no atendimento por Assistentes Operacionais	<input type="radio"/>					
	3.5 Satisfação no atendimento por Outros Profissionais	<input type="radio"/>					
	3.6 Tem conhecimento da possibilidade de ser assistido por outro profissional, em caso de insatisfação.	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não		
	3.7 Compreensão das informações transmitidas por Médicos	<input type="radio"/>					
	3.8 Compreensão das informações transmitidas por Enfermeiros	<input type="radio"/>					
	3.9 Privacidade no atendimento	<input type="radio"/>					
	3.10 Identificação dos Profissionais	<input type="radio"/>					
4.APRECIÇÃO GLOBAL	4.1 Considera que a sua informação clínica foi tratada com confidencialidade?	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não		
	4.2 Satisfação com a informação necessária desde a entrada até à saída.	<input type="radio"/>					
	4.3 Qualidade da alimentação	<input type="radio"/>					
	4.4 Exercício do direito ao acompanhante	<input type="radio"/>					
	4.5 Realização da alta / transferência	<input type="radio"/>					
	4.6 Satisfação geral relativamente aos cuidados prestados	<input type="radio"/>					
	4.7 Recomendaria este Serviço a familiares e amigos?	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não		

Sugestões:

.....
.....

Obrigado pela sua participação

IMP.010.00.UCA