

Estimado Utente, a sua opinião é fundamental para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos nossos cuidados e serviços.

Agradecemos o preenchimento deste formulário, que será **anónimo** e **confidencial**.

Data: / / Serviço: Período de internamento, se aplicável ≤ 15 dias > 15 dias

(selecione a resposta com uma cruz)

Acolhimento/Relações Interpessoais

	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Facilidade em saber com quem falou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como foi recebido(a) /acolhido(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amabilidade, disponibilidade e sensibilidade demonstradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cuidados de Saúde

Respeito, privacidade e confidencialidade durante a prestação de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como foi esclarecido sobre o plano de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidade para colocar questões e esclarecer dúvidas junto dos (as) Administrativos (as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidade para colocar questões e esclarecer dúvidas junto dos (as) Médicos (as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidade para colocar questões e esclarecer dúvidas junto dos (as) Enfermeiros (as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidade para colocar questões e esclarecer dúvidas junto dos (as) Auxiliares (as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidade para colocar questões e esclarecer dúvidas junto de outros profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confiança e segurança na prestação de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A informação fornecida para continuidade dos cuidados/alta foi clara e útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rapidez no atendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Instalações, Alojamento e Conforto

Facilidade de se orientar dentro do Hospital, acessibilidade e sinalética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conforto das instalações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpeza das instalações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nível de ruído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade da alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação da Equipa Multidisciplinar

Avalie de 1 a 5 o desempenho dos Profissionais de Saúde, sendo que 1 corresponde a um desempenho Totalmente Desadequado e 5 corresponde a um desempenho Muito Adequado

Assistentes Administrativos (as)	1	2	3	4	5
Médicos (as)	1	2	3	4	5
Enfermeiros (as)	1	2	3	4	5
Auxiliares de Ação Médica	1	2	3	4	5
Outros profissionais	1	2	3	4	5

Há quanto tempo é Cliente do Hospital Casa de Saúde São Mateus? _____

SIM

NÃO

Globalmente, está satisfeito com o atendimento prestado?

Recomendaria este Hospital a um amigo/familiar?

Deixe-nos, por favor, as suas Sugestões/Ações de Melhoria/Elogios, para que possamos continuar a melhorar, por Si.

Nome (Opcional) _____

O Hospital Casa de Saúde São Mateus, agradece a sua preferência!