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

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

Data: / / **Serviço**: UCCIC

Período de internamento ≤ 30 dias ☐ | > 30 dias ☐

(selecione a resposta com uma cruz)

ACOLHIMENTO/ RELAÇÕES INTERPESSOAIS	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Facilidade em saber com quem falou (**Identificação dos/as Profissionais**)	☐	☐	☐	☐
Forma como foi **recebido(a) /acolhido(a)**	☐	☐	☐	☐
Amabilidade, disponibilidade e sensibilidade demonstradas	☐	☐	☐	☐
CUIDADOS DE SAÚDE	**Insatisfeito**	**Pouco Satisfeito**	**Satisfeito**	**Muito Satisfeito**
Respeito, privacidade e confidencialidade durante a prestação de cuidados	☐	☐	☐	☐
Forma como foi **esclarecido sobre o plano de cuidados**	☐	☐	☐	☐
Oportunidade para **colocar questões e esclarecer dúvidas** junto dos (as) **Médicos (as)**	☐	☐	☐	☐
Oportunidade para **colocar questões e esclarecer dúvidas** junto dos (as) **Enfermeiros (as)**	☐	☐	☐	☐
Oportunidade para **colocar questões e esclarecer dúvidas** junto de outros profissionais	☐	☐	☐	☐
Confiança e segurança na prestação de cuidados	☐	☐	☐	☐
A **informação** fornecida para **continuidade dos cuidados/alta** foi clara e útil	☐	☐	☐	☐
Rapidez no atendimento	☐	☐	☐	☐
INSTALAÇÕES, ALOJAMENTO E CONFORTO	**Insatisfeito**	**Pouco Satisfeito**	**Satisfeito**	**Muito Satisfeito**
Conforto das instalações	☐	☐	☐	☐
Limpeza das instalações	☐	☐	☐	☐
Nível de **ruído**	☐	☐	☐	☐
Qualidade da alimentação	☐	☐	☐	☐

Globalmente, está satisfeito com o atendimento que lhe foi prestado? Sim ☐ | Não ☐

Recomendaria este Hospital a um amigo ou familiar? Sim ☐ | Não ☐

Sugestões:_____

_____

_____

Assinatura (opcional): _____

A Unidade de Convalescença da CSSMH agradece a sua preferência!