



Mod-119-TM

Questionário da Avaliação da Satisfação dos Utentes



Agradecemos o preenchimento deste formulário que deverá ser deixado junto da Secretária da Unidade.

Unidade: (Hospital/Centro de Saúde) _____

Idade _____ Anos

Sexo Masc.

Fem.

Utilize a seguinte escala:

1: MUITO INSATISFEITO **2:** INSATISFEITO **3:** SATISFEITO **4:** MUITO SATISFEITO
5: EXCELENTE **N/A:** NÃO APLICÁVEL

Questões:		1	2	3	4	5	N/A
1	Marcação						
1.1	Como classifica o tempo que esperou pela consulta?						
1.2	Como classifica a forma como foi informado da marcação da consulta?						
2	Consulta						
2.1	No dia da consulta, tempo de espera?						
2.2	Simpatia e disponibilidade do médico?						
2.3	Esclarecimento de dúvidas?						
2.4	Simpatia e disponibilidade da assistente?						
2.5	Como classifica as condições da sala onde foi a consulta?						
3	Satisfação Global						
3.1	Como considera a qualidade global da consulta?						
3.2	Aconselharia este tipo de consulta a um familiar ou amigo/a			SIM		NÃO	
4	Sugestões						
4.1	Que sugestões e /ou comentários gostaria de nos dar, para melhorar a prestação deste tipo de consultas?						

Data: _____ / _____ / _____

Gratos pela Sua colaboração.