

AMBULATÓRIO

DATA:

CLÍNICA:

RESPONSÁVEL PELO
PREENCHIMENTO:

() PACIENTE () ACOMPANHANTE () FAMILIAR

IDADE DO PACIENTE:

GÊNERO DO PACIENTE:

Avaliação dos Serviços	Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito	Indiferente
------------------------	------------------	------------	------------------	--------------	-------------

1. Atenção e Interesse dos Profissionais

Recepcionista					
Enfermagem					
Equipe Médica					

2. Orientações recebidas sobre o tratamento e procedimentos realizados

Enfermagem (procedimentos)					
Equipe Médica (consulta)					
Foi passado algum medicamento?	SIM	NÃO			

3. Tempo de atendimento

Recepcionista					
Enfermagem (procedimentos)					
Equipe Médica (consulta)					

4. Instalações físicas

Aparência das instalações, equipamentos.					
Organização das instalações					
Conforto das instalações					
Limpeza das instalações					

5. Satisfação

Indicaria este serviço a um parente ou amigo?

Numa avaliação Geral, você está? Satisfeito