

## INTERNACÃO

**DATA:**
**CLÍNICA:**
**RESPONSÁVEL PELO**
**PREENCHIMENTO :**

( ) ACOMPANHANTE ( ) PACIENTE ( ) FAMILIAR

**IDADE DO PACIENTE:**
**GÊNERO DO PACIENTE:**

Avaliação dos Serviços	Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito	Não utilizou
------------------------	------------------	------------	------------------	--------------	--------------

**1. Atenção e Interesse dos Profissionais**

Recepção (ADM)					
Enfermagem					
Equipe Médica					
Copeira					
Auxiliar Serviços Gerais					
Fisioterapeuta					
Fonoaudiólogo					
Psicólogo					
Assistente Social					

**2. Orientações recebidas sobre o tratamento e procedimentos realizados**

Equipe médica (tratamento)					
Enfermagem (procedimentos)					
Enfermagem (medicação)					
Equipe Multidisciplinar					
Exames em Geral (Sangue, RX, Tomografia, Ultrassonografia e outros)					

**3. Tempo de atendimento**

Enfermagem (procedimentos)					
Enfermagem (administração de medicação)					
Equipe médica (visita)					
Copeira (entrega das refeições)					
Equipe Multidisciplinar					
Auxiliar de Limpeza					

**4. Instalações físicas**

Aparência das instalações, equipamentos.					
Organização das instalações					
Roupa de cama e banho					
Limpeza das instalações					

**5. Nutrição – Alimentação Fornecida**

Sabor					
Temperatura					
Aparência					
Variedade					
Quantidade					
Horário das refeições					

**6. Satisfação**

Indicaria este serviço a um parente ou amigo?

Quanto ao serviço prestado pela Unidade?

