

FICHA DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO



DATA: ____/____/____



UNIDADE: _____



MICROÁREA: _____

1. SOBRE O ATENDIMENTO

1. Você conseguiu entender o que o profissional explicou?



SIM



MAIS OU MENOS



NÃO

2. O profissional conseguiu entender o que você queria dizer?



SIM



MAIS OU MENOS



NÃO

3. Você precisou de alguém para ajudar na comunicação?



SIM



NÃO

Se sim, quem ajudou?



FAMILIAR



AMIGO



OUTRO

2. COMUNICAÇÃO

4. Como foi a comunicação durante o atendimento?



BOA



REGULAR



RUIM

5. O uso de imagens, gestos ou escrita ajudou?



SIM



NÃO



NÃO FOI USADO

3. ACESSO E ACOLHIMENTO

6. Você se sentiu bem acolhido na unidade?



SIM



MAIS OU MENOS



NÃO

7. Você já deixou de vir à unidade por dificuldade de comunicação?



SIM



NÃO

4. AVALIAÇÃO GERAL

8. Como você avalia o atendimento de hoje?



MUITO BOM



BOM



REGULAR



RUIM

5. SUGESTÕES DO USUÁRIO

O que poderia melhorar no atendimento?



Obrigado pela sua participação!



FICHAS DE COMUNICAÇÃO RÁPIDA – ATENDIMENTO À PESSOA SURDA

1. SAUDAÇÕES E ACOLHIMENTO



OLÁ



BOM DIA



BOA TARDE



BOA NOITE



EU



VOCÊ



OBRIGADO(A)



NÃO ENTENDI



SIM



NÃO



ESCREVA,
POR FAVOR



AGUARDE
UM MOMENTO

2. QUEIXAS / SINTOMAS



DOR



FEBRE



TOSSE



FALTA DE AR



DOR DE CABEÇA



DOR DE GARGANTA



DOR NO OUVIDO

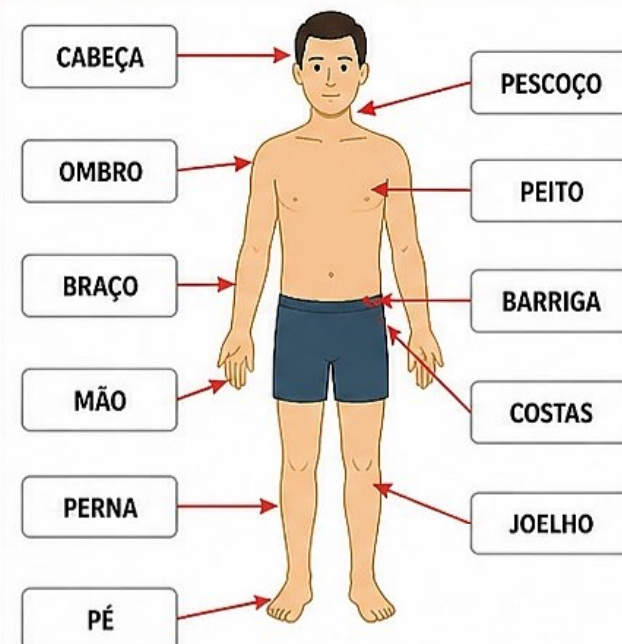


NÁUSEA



DIARREIA

3. LOCALIZAÇÃO DA DOR



4. NECESSIDADES



BANHEIRO



ÁGUA



SENTAR



DOCUMENTOS



DINHEIRO



IR PARA CASA

5. ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES



TOMAR
MEDICAÇÃO



RETORNAR
NO DIA...



EXAME



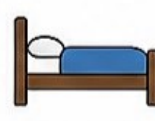
AVISO



FAZER
ALIMENTAÇÃO



BEBER
ÁGUA



DESCANSAR



EVITAR SOL

6. ESCALA DE DOR

Aponte o número que mostra sua dor



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SEM DOR

DOR LEVE

DOR
MODERADA

DOR
INTENSA

COMO USAR: Mostre a ficha para o usuário e aponte ou pergunte sobre o que ele precisa.

A comunicação é um direito de todos!

