

Logotipo

UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO  
**TELEFONEMA DOS 30 DIAS**

IDENTIFICAÇÃO (Colante)

Cirurgia efectuada	
Data da cirurgia	Data do telefonema
Respondeu ao contacto ?    Sim       Não	

QUESTÕES	SIM	NÃO
1.     A informação recebida foi adequada e/ ou suficiente? Se não, porquê?		
2.     Já teve consulta pós operatória da especialidade? Se não, está marcada?		
3.     Já retomou a actividade diária que tinha antes da cirurgia? Se não, porquê?		
4.     Necessitou de re-admissão até às 72h? Se sim, porquê?		
5.     Se pudesse escolher, e caso necessitasse, voltaria a ser operado nesta UCA? Se não, porquê?		
6.     Recomendaria a nossa UCA a um familiar / amigo? Se não porquê?		
Comentários / Sugestões		

Nome / N° mecanográfico