

# INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO

## CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Este Inquérito pretende conhecer a sua opinião e o grau de satisfação obtidos com a sua experiência na Cirurgia de Ambulatório desta Unidade de Saúde. Destina-se a avaliar os nossos serviços, com o objectivo de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados. Solicitamos assim, que dedique uns minutos a preenchê-lo, garantindo-lhe que será **anónimo** e **confidencial**.

Classifique o grau de satisfação relativo às questões apresentadas, assinalando com um “X” a resposta mais adequada, numa **escala de 1 a 5**, em que 1 corresponde a “Totalmente Insatisfeito” e 5 a “Totalmente Satisfeito”. Se não tiver opinião, assinale “Não sei” (NS).

Dados sobre a sua experiência na Cirurgia de Ambulatório:

**1. Tempo de espera para a cirurgia**

Tempo de espera entre a consulta e a data da cirurgia

1  2  3  4  5  NS

**2. Informação pré-operatória**

Informação fornecida antes do dia da cirurgia

1  2  3  4  5  NS

**3. Acessibilidade/Sinalética**

Indicações fornecidas para encontrar a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e facilidade de se orientar na mesma

1  2  3  4  5  NS

**4. Processo de admissão**

Qualidade do atendimento e tempo de espera na Admissão dos Doentes

1  2  3  4  5  NS

**5. Tempo de espera até ser operado**

Tempo de espera entre a entrada na Unidade de Cirurgia de Ambulatório e a hora da cirurgia

1  2  3  4  5  NS

**6. Instalações**

Relativamente a:

6.1 Comodidade (conforto, temperatura ambiente, limpeza, ruído)

1  2  3  4  5  NS

6.2 Vestuário fornecido para usar durante a cirurgia

1  2  3  4  5  NS

**7. Privacidade**

Privacidade garantida durante a permanência na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

1  2  3  4  5  NS

**8. Disponibilidade dos profissionais**

Atenção e interesse demonstrado pelos profissionais de saúde

1  2  3  4  5  NS

**9. Amabilidade dos profissionais**

Simpatia, respeito e gentileza dos profissionais de saúde

1  2  3  4  5  NS

**10. Acompanhante**

Amabilidade e envolvimento demonstrados para com a pessoa que o acompanhou

1  2  3  4  5  NS

**11. Informação pós-operatório**

Informação dos procedimentos e cuidados a adoptar após a cirurgia

1  2  3  4  5  NS

**12. Satisfação global**

Grau de satisfação global com toda a sua experiência na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

1  2  3  4  5  NS

Responda às perguntas seguintes, assinalando com um “X” a sua opção.

**13. Teve alguma complicação com necessidade de recorrer a uma unidade de saúde?**

Sim  Não

**14. Recomendaria esta Unidade de Cirurgia de Ambulatório a um familiar/amigo?**

Sim  Não

**Aponte 2 aspectos negativos que tenha experimentado:**

## **Comentários e/ou sugestões de melhoria:**

### Informação sobre o seu estado de saúde:

Assinale com um “X”, um quadrado em cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde habitual, ou seja, até à data (adaptado do Euro-QoL (EQ 5D))

#### **15. Mobilidade**

- Não tenho problemas em andar
- Tenho alguns problemas em andar
- Tenho de estar na cama

#### **16. Cuidados Pessoais**

- Não tenho problemas em cuidar de mim
- Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me
- Sou incapaz de me lavar ou vestir

#### **17. Actividades Habituais** (actividades domésticas, actividades familiares ou de lazer, trabalho, estudo...)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais
- Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais

#### **18. Dor/mal-estar**

- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar extremos

#### **19. Ansiedade/Depressão**

- Não estou ansioso(a) / deprimido(a)
- Estou moderadamente ansioso(a) / deprimido(a)
- Estou extremamente ansioso(a) / deprimido(a)

Por fim, agradecemos que nos fornecesse alguns dados sobre si, para fins estatísticos:

#### **20. Qual o seu local de residência?**

Distrito  
Concelho

21. Qual a sua **idade**? ..... anos

22. Qual o seu **sexo**? F  M

23. Qual a sua **situação familiar**?

- Casado(a) / União de facto
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a) / Separado(a)

24. Qual a sua **situação perante o trabalho**?

- Empregado(a)
- Doméstico(a)
- Estudante
- Reformado(a) / Aposentado(a)
- Pensionista
- Vive de rendimentos
- Desempregado(a)
- Não aplicável (ex. criança em idade pré-escolar)

25. Que **grau de ensino** completou?

- Não sabe ler/escrever
- 1º ciclo do Ensino Básico (1º-4º ano) / Antiga 4ª classe
- 2º ciclo do Ensino Básico (5º-6º ano) / Antigo Ciclo Preparatório
- 3º ciclo do Ensino Básico (7º-9º ano) / Antigo Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º-12º ano)
- Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

26. **Quem preencheu** este Inquérito de Satisfação?

- O / A doente
- O / A doente com ajuda de familiar/amigo(a)
- Familiar ou amigo

**Data**     /     /                      **Data da cirurgia**     /     /

**Muito obrigado** pelo tempo e apoio dispensados ao preencher este Inquérito. Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas. De seguida, coloque o Inquérito no Envelope fornecido e envie-o por Correio (no prazo de 10 dias após a cirurgia, preferencialmente). Não precisa selo.