

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