

IDENTIFICAÇÃO:

Paciente () Acompanhante ()

QUAL SEU MUNICÍPIO?

DATA DO ATENDIMENTO:

___/___/___

COMO FOI ADMITIDO NA UNIDADE?

Próprios meios ()

Ambulância ()

Outros: _____

COMO FOI SEU ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO?

 Ótimo  Bom  Regular  Ruim

COMO AVALIA A TEMPO DE ESPERA DE NOSSO ATENDIMENTO?

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
Tempo de espera atendimento recepção				
Tempo de espera para classificação de risco				
Tempo de espera para atendimento médico				
Tempo de espera para realização de exames a serem realizados				
Tempo de espera para sair resultado dos exames				

COMO AVALIA SEU ATENDIMENTO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM?

 Ótimo  Bom  Regular  Ruim

COMO AVALIA SEU ATENDIMENTO PELA EQUIPE MÉDICA?

 Ótimo  Bom  Regular  Ruim

COMO AVALIA SEU ATENDIMENTO PELO SERVIÇO SOCIAL?

 Ótimo  Bom  Regular  Ruim

