



29475



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*



Como Vê o Internamento do Seu hospital?

A PREENCHER
PELO CEISUC

--	--	--

Para responder a este questionário, pense no seu último internamento neste hospital.
Em cada pergunta, assinale com um 'X' a resposta que considera mais adequada.

DADOS SOBRE O SEU INTERNAMENTO

1 Além desta hospitalização, quantas vezes esteve internado/a neste hospital pelo menos uma noite?

- Nunca, esta foi a primeira vez
- Mais uma vez
- Mais duas vezes
- Três ou mais vezes

2 Já foi tratado/a neste hospital na Consulta Externa ou na Urgência? Sim Não

3 Sentiu dificuldades de transporte no acesso ao hospital e no regresso a casa? Sim Não

A PREENCHER
PELO CEISUC

Se respondeu SIM, por favor especifique

--	--

--

- 4 Foi admitido/a Pela Urgência
- Pelas Consultas Externas
- Transferido de outra instituição
- Outra

A PREENCHER
PELO CEISUC

--	--

--



29475

5 Qual o serviço em que esteve internado/a?

(caso tenha passado por mais do que um serviço de internamento, por favor indique aquele em que esteve mais tempo)

A PREENCHER
PELO CEISUC

--	--	--

--

6 Durante o seu internamento necessitou de ajuda para as suas actividades diárias

(comer, tomar banho, vestir, ir à casa de banho, ir para a cama)?

- Necessitei de muita ajuda
- Necessitei de um pouco de ajuda
- Não necessitei de ajuda

7 Durante o seu internamento quantas dores sentiu?

- Muitas dores
- Algumas dores
- Poucas dores
- Nenhumas dores

8 Quanto tempo ficou internado/a?

--	--	--

meses

--	--	--

dias

9 Considerou que este tempo passado no hospital foi ...

- O necessário
- Curto demais
- Longo demais
- Não tenho a certeza

10 Na alta, foi-lhe marcado alguma consulta de seguimento? Sim Não

11 Foi-lhe dada alguma explicação em como reclamar, caso sentisse necessidade? Sim Não



29475

ALTA

49 **PROCEDIMENTOS DA ALTA:** Tempo que demorou a ter alta e forma como se processou.

50 **PLANEAMENTO DA ALTA:** Instruções que recebeu sobre o que fazer e esperar após a alta.

51 **COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS:** Esforços do pessoal do hospital para satisfazer as suas necessidades depois da alta.

52 **CUIDADOS E CARINHO:** Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelo pessoal de enfermagem.

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

OPINIÃO GERAL

53 **QUALIDADE DO HOSPITAL:** Impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados.

54 **IMPACTO DO SEU INTERNAMENTO:** Medida em que o internamento contribuiu para as suas melhoras.

55 **IMAGEM DO HOSPITAL:** Reputação do hospital na sua comunidade.

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

De seguida são apresentadas frases que os doentes por vezes dizem relativamente ao seu internamento. Por favor dê-nos a sua opinião em relação a cada uma delas.

SATISFAÇÃO GLOBAL

56 *Fui tão bem tratado/a no hospital que até comentei com a minha família e amigos.*

57 *Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a.*

58 *O hospital deveria ter permitido que familiares e amigos meus participassem mais nos cuidados que me foram prestados.*

59 *Soube sempre quem era o meu médico assistente.*

60 *Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados.*

61 *Fui muito bem tratado/a pelos médicos.*

62 *Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros.*

Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente
---------------------	----------	----------	---------------------



29475

Pensando agora nos serviços de saúde em geral prestados durante o seu internamento, diga-nos por favor qual a qualidade de cada um dos seguintes aspectos.

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau
63 A atenção que recebeu, as explicações fornecidas e o tempo que teve para colocar perguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64 O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 A confidencialidade com que o seu processo clínico e com que toda a informação na posse dos profissionais de saúde foi mantida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66 Forma com que foi envolvido/a na decisão sobre tratamentos alternativos e o consentimento que deu para testes ou tratamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67 Qualidade das instalações, incluindo o espaço, a ventilação nas salas de espera e a limpeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68 Autorização de familiares e amigos para o/a visitarem durante o internamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69 Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 A rapidez com que foi atendido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71 Recomendaria este hospital a um familiar ou amigo/a que precisasse de ser internado?					
<input type="checkbox"/> Claro que sim					
<input type="checkbox"/> Provavelmente sim					
<input type="checkbox"/> Provavelmente não					
<input type="checkbox"/> Claro que não					
<input type="checkbox"/> Não se aplica porque vivo longe do hospital					
72 Voltaria a este hospital caso precisasse de ser novamente internado/a?					
<input type="checkbox"/> Claro que sim					
<input type="checkbox"/> Provavelmente sim					
<input type="checkbox"/> Provavelmente não					
<input type="checkbox"/> Claro que não					
<input type="checkbox"/> Não se aplica porque vivo longe do hospital					



29475

A PREENCHER
PELO CEISUC

73 Indique as razões por que voltaria ou não voltaria a este hospital?

Por favor, responda com sinceridade.

--	--	--

--

A PREENCHER
PELO CEISUC

74 MELHORAMENTOS INDISPENSÁVEIS

Por favor diga-nos quais os aspectos do hospital que necessitam de ser melhorados.

--	--	--

--

A PREENCHER
PELO CEISUC

75 SURPRESAS AGRADÁVEIS

Durante o seu internamento teve alguma surpresa boa?

--	--	--

--

A PREENCHER
PELO CEISUC

76 SURPRESAS DESAGRADÁVEIS

Durante o seu internamento teve alguma surpresa má?

--	--	--

--



29475

Pedimos-lhe agora que nos dê alguma informação sobre o seu estado de saúde actual.

- 77 Em geral, diria que a sua saúde é:
- Excelente
 - Muito boa
 - Boa
 - Razoável
 - Fraca

As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

78 Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.

Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
-----------------------	--------------------------	----------------------

79 Subir vários lanços de escadas.

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

80 Fez menos do que queria?

81 Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades?

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

82 Fez menos do que queria?

83 Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades?



29475

84 Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, dê a resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

85 Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

86 Se sentiu com muita energia?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

87 Se sentiu deprimido/a?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

88 Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

89 Qual o seu local de residência?

Localidade

Código Postal -

Concelho

Distrito

90 Qual é o seu sexo? Feminino Masculino

91 Qual é a sua idade? anos



29475

92 Qual é a sua situação familiar?

- Casado/a com registo
- Casado/a sem registo - união de facto
- Solteiro/a
- Viúvo/a
- Divorciado/a
- Separado/a

93 Qual é a sua situação perante o trabalho?

- Trabalha por conta própria
- Trabalha por conta de outrem
- Inactivo / Não trabalha

94 Em que situação se encontra?

- Reformado / Aposentado
- Desempregado
- Vive de rendimentos
- Pensionista
- Estudante

95 Qual é a sua profissão?

(se estiver desempregado/a ou reformado/a, escreva a sua última profissão)

A PREENCHER
PELO CEISUC

--	--	--

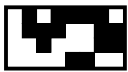
--

96 Quais os estudos que tem?

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

97 É funcionário/a deste hospital? Sim Não

98 Alguém da sua família é funcionário/a deste hospital? Sim Não



29475

99 Quem preencheu este questionário?

- O/A doente
- O/A doente com o auxílio de familiar ou amigo/a
- Familiar ou amigo/a porque o/a doente faleceu
- Familiar ou amigo/a por qualquer outro motivo

MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS.

DE SEGUIDA, COLOQUE O QUESTIONÁRIO NO SOBRESCRITO ENVIADO E COLOQUE-O NO CORREIO.

NÃO SÃO PRECISOS SELOS DE CORREIO.



Saúde XXI

Programa Operacional Saúde