

**Aviso:** Este projecto encontra-se em fase-piloto e, sem autorização, não pode ser usado para outros fins. Se necessário, contacte o coordenador do DUQuE através de [duque@fadq.org](mailto:duque@fadq.org)

## INQUÉRITO AO DOENTE

**Código do Hospital:** \_\_\_\_\_ **Doente nº.** \_\_\_\_\_

### Condição (Condição Hospitalar)

- Enfarte Agudo do Miocárdio**
- Acidente Vascular Cerebral**
- Fractura do colo do fémur**
- Parto**

## A sua experiência hospitalar...

Apresentamos, a seguir, algumas afirmações acerca dos cuidados que lhe foram prestados durante a sua estadia no hospital. Por favor assinale com um **x** a opção que **melhor descreve a sua experiência**.

**As suas respostas deverão reflectir, apenas, a sua opinião PESSOAL!**

Em que medida ...	De forma alguma	Em pequena escala	Numa escala moderada	Em larga escala	De forma muito alargada
1. Os médicos <b>falaram consigo de forma a entender</b> o que eles lhe queriam dizer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Teve <b>confiança na competência profissional dos médicos</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Teve <b>confiança na competência profissional dos enfermeiros</b> e outro pessoal prestador de cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Achou que os médicos e enfermeiros <b>cuidaram bem de si</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Achou que os <b>médicos e enfermeiros prestaram a devida atenção</b> à descrição da sua situação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>Foi-lhe prestada toda a informação</b> que precisava, sobre a forma como os testes e exames iriam ser realizados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <b>Foi envolvido nas decisões</b> referentes aos cuidados que lhe foram prestados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tudo somado, <b>achou que os tratamentos e os cuidados que lhe prestaram no hospital foram satisfatórios</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <b>Recomendaria este hospital à sua família ou a um amigo</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <b>Precisa da ajuda de alguém para ler</b> instruções, panfletos, ou outros documentos escritos pelo seu médico ou farmacêutico?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Agora que vai ter alta do hospital...

De entre as várias hipóteses, assinale, por favor, com um **x**, se **PESSOALMENTE** concorda (ou discorda) com cada uma das afirmações que se seguem:

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo inteiramente
11. <b>Compreendo perfeitamente qual a finalidade de tomar cada um dos meus medicamentos.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O pessoal hospitalar teve em consideração <b>as minhas preferências</b> , e da minha família, (ou dos que me ajudam em casa) para decidir quais seriam as minhas necessidades em termos de cuidados de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <b>Tenho uma ideia clara de tudo aquilo por que sou responsável na gestão da minha saúde.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Em termos gerais, e tendo em conta o seu estado e a sua experiência hospitalar, como é que **classificaria a sua saúde** neste momento?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Má
- Muito má.

15. **Agora que vai sair do hospital, irá** [escolha uma das hipóteses]

- Para **casa**,
- Ser **transferido** para outra instituição, a fim de lhe serem prestados **cuidados médicos**
- Ser **transferido** para outra instituição, a fim de lhe serem prestados **cuidados de enfermagem**.

16. **Quanto tempo permaneceu no hospital?**


[ \_\_\_\_\_ ] número de dias

17. Qual das seguintes hipóteses **melhor se aplica a si?**

- Vivo com o meu/minha companheiro/a e/ou com os meus filhos
- Vivo com outras pessoas
- Vivo sozinho
- Vivo num lar
- Outras hipóteses.

**A prestação de cuidados de saúde, dado ser muito complexa, pode, por vezes, colocar os doentes em risco.** A seguir, pretendemos saber **se passou** por algo semelhante ao descrito.

18. Em resultado da sua estadia no hospital, acha que foi alvo de algum dano (por exemplo: uma infeção, um engano no diagnóstico, um erro cirúrgico ou de medicação, ou qualquer outra situação anómala)?

- NÃO** [neste caso, passe para a próxima pergunta, seguindo a seta: 
- SIM** [neste caso, responda à seguinte questão:

19. Quando é que se apercebeu, pela primeira vez, desse dano?

- Descobri por mim próprio
- O médico (ou outro profissional) apercebeu-se
- Os meus familiares/amigos aperceberam-se
- Outras pessoas aperceberam-se

20. Caso tenha sofrido algum dano, como é que acha no geral, que o pessoal lidou com a situação, depois de esta ter sido admitida/reconhecida?

- Bastante bem,
- Bem,
- Nem bem nem mal
- Mal ou
- Muito mal.

21. É do sexo **feminino**  ou do sexo **masculino**  [assinale uma das opções] 

22. Em que ano nasceu? :                      19□□

23. Qual das seguintes hipóteses corresponde ao seu nível de **formação escolar**?

- Sem formação
- Ensino primário
- Ensino secundário
- Formação complementar (para além do ensino secundário)
- Formação de nível universitário.

24. Teve a ajuda de alguém para preencher este questionário? [assinale uma das opções]

- Não, preenchi sozinho/a
- Sim, um familiar, um amigo ou cuidador, ajudou-me a preencher
- Tive a ajuda de um enfermeiro/a
- Tive a ajuda de um médico/a
- Tive a ajuda de outra pessoa.

**Muito obrigado pelas suas respostas! Elas ajudar-nos-ão, através da sua experiência, a melhorar o nosso trabalho!**