**RELATÓRIO DE VISITA ACADÊMICA** Nº Protocolo:

**Tipo de Visita**: ( ) Guiada ( ) Dirigida

**DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO**

Nome:

E-mail:

Telefone: ( )

**CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNIDADE VISITADA – HOSPITAL/ÁREA/SERVIÇO** | | |
| **Critério de avaliação** | **Opinião** | **Justificativa (campo obrigatório para a opinião Não e Parcialmente)** |
| 1. O objetivo da visita foi atingido | ( ) Sim  ( ) Não  ( ) Parcialmente |  |
| 2. O hospital/área/serviço atendeu às expectativas no que trata a higienização e tratamento das áreas externas e internas | ( ) Sim  ( ) Não  ( ) Parcialmente |  |
| 3. A ambiência: a estrutura se mostra favorável no que trata ao tratamento dado ao espaço físico e espaço social | ( ) Sim  ( ) Não  ( ) Parcialmente |  |
| 4. A ambiência: a estrutura mostra-se favorável no que trata às relações interpessoais possibilitando atenção acolhedora e humana | ( ) Sim  ( ) Não  ( ) Parcialmente |  |
| 5. A(s) equipe(s) da área(s) visitada(s): demonstram  receptividade e interesse em atender às necessidades/interesses da visita | ( ) Sim  ( ) Não  ( ) Parcialmente |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6. Dúvidas sobre o hospital/área/serviço mesmo após a visita | ( ) Sim  ( ) Não |  |
| 7. Sugestões a serem dadas referente a visita | ( ) Sim  ( ) Não |  |

**ÁREA(S) TÉCNICA(S) PARA CONHECIMENTO**

|  |
| --- |
| **Área/Serviço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Recebido em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**  **Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Considerações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Devolvido em : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**  **Assinatura / carimbo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ÁREA(S) TÉCNICA(S) PARA CONHECIMENTO**   |  | | --- | | **Área/Serviço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Recebido em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**  **Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Considerações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Devolvido em : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**  **Assinatura / carimbo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |