

ENQUESTA PERCEPCIÓ DE SOROLL AL CENTRE

A omplir pel centre			Nº Enquesta
			Data.....
AREA	<input type="checkbox"/> Hospitalització*	<input type="checkbox"/> Urgències	<input type="checkbox"/> Consulta externa
*DATA INGRÉS:			
*UNITAT D'INFERMERIA:			
ZONA AVALUADA	<input type="checkbox"/> Sala espera	<input type="checkbox"/> Passadís	<input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/> Box/habitació:.....
Enquesta realitzada a	<input type="checkbox"/> Malalt	<input type="checkbox"/> Acompanyant	Edat:

1.- Valori de 1 a 10 la seva percepció del nivell de soroll durant la seva estada en el centre
(sent un 0 el mínim soroll possible i 10 el màxim percebut)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2.- Coneix d'on procedeix el soroll?

No Personal sanitari Familiars/Pacients Aparatatge utilitzat

¿Cual?

OBSERVACIONS

.....
.....
.....
.....

A omplir pel centre			Nº Enquesta
			Data.....
AREA	<input type="checkbox"/> Hospitalització*	<input type="checkbox"/> Urgències	<input type="checkbox"/> Consulta externa
*DATA INGRÉS:			
*UNITAT D'INFERMERIA:			
ZONA AVALUADA	<input type="checkbox"/> Sala espera	<input type="checkbox"/> Passadís	<input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/> Box/habitació:.....
Enquesta realitzada a	<input type="checkbox"/> Malalt	<input type="checkbox"/> Acompanyant	Edat

1.- Valori de 1 a 10 la seva percepció del nivell de soroll durant la seva estada en el centre
(sent un 0 el mínim soroll possible i 10 el màxim percebut)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2.- Coneix d'on procedeix el soroll?

No Personal sanitari Familiars/Pacients Aparatatge utilitzat

¿Cual?

OBSERVACIONS

.....
.....
.....
.....