

# Relato de experiência após o uso dos aplicativos

---

## \*Obrigatório

1. Qual seu ID? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ P1
- ☐ P2
- ☐ P3
- ☐ P4
- ☐ P5
- ☐ P6
- ☐ P7
- ☐ P8
- ☐ P9
- ☐ P10

2. Antes da avaliação você usava algum aplicativo para diabetes? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

3. Se a resposta anterior foi "SIM", qual aplicativo você usava? \*

---

4. Você usa algum aplicativo para diabetes hoje? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

5. Se a resposta anterior foi "SIM", qual aplicativo você usa? \*

---

6. Sobre os aplicativos que você avaliou, o que você sentiu falta? \*

---

---

---

---

---

7. Qual seria o impeditivo para você utilizar algum dos aplicativos? \*

*Marque todas que se aplicam.*

☐ Falta de internet

☐ Falta de espaço no celular

☐ Falta de celular

☐ Falta de conhecimento/divulgação

☐ Falta de interesse

☐ Falta de confiança

☐ Outro: 

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários