**SELAÇÃO PARA PROFISSIONAIS**

Informações Pessoais e Profissionais:

* **Nome Completo:**
* **Número do Conselho de Classe:**
* **Especialização/Área de Atuação:** (Ex: Médico, Enfermagem, Fisioterapia, etc.)
* **Tempo de Experiência:**
* **Possui Certificações/Cursos Adicionais?** (especificar quais)
* **Instituições onde trabalhou:**
* **Informações de contato:**
  + Telefone
  + Email
  + Redes sociais (opcional)
* **Endereço:** (para definir raio de atendimento)

Disponibilidade e Serviços:

* **Horário de Atendimento:**
* **Dias da semana em que está disponível:**
* **Serviços que pode prestar:** (lista de serviços, como medicação, curativos, fisioterapia, etc.)
* **Raio de atendimento:**
* **Disponibilidade para viagens (se aplicável):**
* **Possui transporte próprio?**

Informações Adicionais

* **Já trabalhou com atendimentos domiciliares?**
* **Qual a sua experiência com o tipo de paciente que você vai atender?**
* **Tem alguma experiência em situações de urgência?**
* **Como você se mantém atualizado sobre as novidades da sua área?**
* **Você tem alguma preferência quanto ao tipo de paciente que atende?**
* **Como você lidaria com uma emergência durante o atendimento domiciliar?**
* **Quais as suas expectativas em relação a esse contrato?**
* **Você tem alguma referência profissional que possa ser contatada?**

**FORMULÁRIO PARA CLIENTES**

Perguntas sobre Necessidades de Cuidados:

* **Nome completo do paciente:**
* **Qual o problema de saúde que você ou seu familiar está enfrentando?** (Aberta)
* **Que tipo de assistência você ou seu familiar precisa? (Ex: enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)**: (Fechada, com opções)
* **Com que frequência você precisa da assistência?** (Fechada, com opções)
* **Quais são as suas expectativas em relação aos cuidados de saúde em casa?** (Aberta)
* **Você ou seu familiar possui alguma alergia ou restrição médica que devemos considerar?** (Aberta)
* **Você ou seu familiar possui alguma doença crônica? (Ex: diabetes, hipertensão, etc.)**: (Fechada, com opções)
* **Quais são as suas principais dificuldades ou desafios em relação à assistência em casa?** (Aberta)
* **Você já utilizou serviços de saúde domiciliar antes? Se sim, quais foram as suas experiências?** (Aberta)
* **Você tem algum familiar ou amigo que possa auxiliá-lo(a) nos cuidados?** (Fechada, com opções)

Perguntas sobre Tipo de Assistência Desejada:

* **Você busca assistência de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, ou outro tipo de assistência?** (Fechada, com opções)
* **Qual o tempo diário de assistência que você precisa?** (Fechada, com opções)
* **Você prefere que os profissionais de saúde sejam homens ou mulheres?** (Fechada, com opções)
* **Você tem alguma preferência em relação à experiência dos profissionais?** (Fechada, com opções)
* **Você busca assistência a longo ou curto prazo?** (Fechada, com opções)
* **Você busca assistência em horário específico?** (Fechada, com opções)

Perguntas sobre Condições de Saúde:

* **Qual a idade do paciente?** (Fechada, com opções)
* **Qual o estado civil do paciente?** (Fechada, com opções)
* **Você tem alguma preocupação em relação à segurança do paciente em casa?** (Aberta)
* **Você tem alguma restrição em relação à moradia? (ex: elevador, escadas)**: (Fechada, com opções)
* **Você tem alguma restrição em relação à mobilidade do paciente?** (Fechada, com opções)
* **Você tem alguma restrição em relação à alimentação do paciente?** (Fechada, com opções)
* **Você tem alguma restrição em relação à medicamentos do paciente?** (Fechada, com opções)
* **Você tem alguma restrição em relação à atividades físicas do paciente?** (Fechada, com opções)

Perguntas Demográficas:

* **Qual a sua cidade?** (Fechada, com opções)
* **Qual a sua renda familiar mensal?** (Fechada, com opções)
* **Você possui algum plano de saúde?** (Fechada, com opções)
* **Você tem algum familiar ou amigo que possa auxiliá-lo(a) nas finanças?** (Fechada, com opções)
* **Você tem algum familiar ou amigo que possa auxiliá-lo(a) no transporte?** (Fechada, com opções)
* **Você tem alguma restrição em relação ao método de pagamento?** (Fechada, com opções)

Outras Perguntas:

* **Como você ou seu familiar ficou sabendo da nossa empresa?** (Aberta)
* **Qual a sua avaliação geral sobre a nossa empresa?** (Aberta)
* **Você tem alguma sugestão para melhorar os nossos serviços?** (Aberta)
* **Você recomenda nossos serviços a amigos e familiares?** (Fechada, com opções)
* **Você gostaria de ser contatado(a) novamente para agendar uma visita técnica?** (Fechada, com opções)

**FORMULÁRO PARA AVALIAÇÃO DO PRESTADOR DE SERVIÇO (após o atendimento ao paciente)**

1. Perguntas sobre o Agendamento e Logística:

* **Como foi o processo de agendamento do seu atendimento em domicílio?** (Opções: fácil, um pouco difícil, muito difícil)
* **Você foi facilmente informado(a) sobre os detalhes do atendimento (data, hora, local)?** (Sim/Não)
* **O profissional chegou no horário agendado?** (Sim/Não)
* **Houve alguma dificuldade no processo de transporte ou acesso ao local do atendimento?** (Sim/Não)
* **Você se sentiu seguro(a) durante o transporte e/ou acesso ao local?** (Sim/Não)

2. Perguntas sobre a Compreensão do Serviço:

* **Você compreendeu bem as informações sobre o serviço que está sendo prestado?** (Sim/Não)
* **A equipe de saúde explicou de forma clara e acessível o que seria feito durante o atendimento?** (Sim/Não)
* **Você se sentiu confortável em perguntar sobre alguma dúvida ou desconhecimento?** (Sim/Não)
* **Os profissionais mostraram-se disponíveis e pacientes para esclarecer suas dúvidas?** (Sim/Não)

3. Perguntas sobre a Experiência com a Equipe:

* **Como você avalia a educação e o profissionalismo da equipe de saúde?** (Muito bom, bom, regular, ruim)
* **O profissional foi atencioso(o) e acolhedor(a)?** (Sim/Não)
* **Você se sentiu respeitado(a) e valorizado(a) durante o atendimento?** (Sim/Não)
* **O profissional de saúde demonstrou cuidado e atenção para com seus problemas de saúde?** (Sim/Não)
* **O profissional se mostrou eficiente na prestação do serviço?** (Sim/Não)

4. Perguntas sobre a Satisfação com o Atendimento em Domicílio:

* **Como você avalia a praticidade de receber o atendimento em domicílio?** (Muito prático, prático, regular, não prático)
* **O atendimento em domicílio contribuiu para a sua comodidade e conforto?** (Sim/Não)
* **Você se sentiu confortável com a privacidade e segurança do seu lar durante o atendimento?** (Sim/Não)
* **Você se sente satisfeito(a) com o resultado do atendimento em domicílio?** (Sim/Não)

5. Perguntas sobre a Recomendação:

* **Você recomendaria este serviço de atendimento em domicílio para outras pessoas?** (Sim/Não)
* **Se sim, por que?** (Espaço para comentários)
* **Se não, por que?** (Espaço para comentários)
* **Qual a probabilidade de você recomendar nossa empresa para um amigo ou familiar?** (Escala de 0 a 10, onde 0 é "muito improvável" e 10 é "muito provável")

6. Perguntas sobre Sugestões e Melhorias:

* **Quais foram os pontos fortes do atendimento que você mais gostou?** (Espaço para comentários)
* **O que poderia ser melhorado para que a experiência do cliente em domicílio seja ainda melhor?** (Espaço para comentários)
* **Se você tiver alguma sugestão ou reclamação, por favor, detalhe abaixo:** (Espaço para comentários)