**Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Selo Amigo do Idoso**

**Instituição de Saúde “tipo de estabelecimento”: Hospital Geral, Hospital Especializado, Pronto Socorro Geral, Pronto Socorro Especializado, Hospital/Dia Especializado**

**Ação OC - Questionário cuidadores/acompanhantes (hospitalares)**

**Aplicar questionário para cuidadores/ acompanhantes do idoso**

* O número mínimo de entrevistados 60
* Respostas válidas (sim, não, não sei)

**Responda o questionário em relação a esta Instituição:**

**1.** **Há atendimento preferencial (60 + e/ou 80 +)?**

**2.Os horários instituídos são adequados (banho, visita, alimentação, procedimentos)?**

**3.** **Há garantia do direito à permanência do acompanhante?**

**4. Há condições adequadas para a permanência do acompanhante?**

**5. As preferências do idoso, em relação aos horários, foram questionadas?**

**6.** **Há orientação em relação às rotinas e procedimentos que serão realizados na instituição?**

**7.** **Já assistiu cenas de discriminação de idosos nesta instituição, apenas por serem idosos?**

**8. Há Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU, SAC, ouvidoria)?**

**9. Há sinalização (placas indicativas, letreiros e painéis) legível e compreensível?**

**10. Há facilidade e segurança no deslocamento nos diversos ambientes (inclusive com auxiliares de marcha, cadeiras de rodas e macas, aviso de piso molhado, etc...)?**

**11. Há disponibilidade e fácil acesso de cadeira de rodas/maca para transporte?**

**12. Há banheiros adaptados (assento elevado, barras de apoio)?**

**13. Há campainha para chamada nos leitos?**

**14. A campainha é fácil de ser acessada?**

**15. Há orientação quanto ao risco de quedas**

**16. Antes da alta,** **há orientação para o tratamento em casa?**

**17.Antes da alta há orientação para retornos e/ou encaminhamentos?**