

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE FRALDAS PELO USUÁRIO

TAMANHO DA FRALDA UTILIZADA: _____

MARCA DA FRALDA UTILIZADA: _____

LOTE DA FRALDA UTILIZADA: _____

DATA RECEBIMENTO DA FRALDA: _____

1. A Fralda apresenta algum defeito de Fabricação? Se sim, qual defeito?

2. A capacidade de absorção da fralda é suficiente? Se não, explique o por que.

3. Em comparação com outras marcas de fraldas utilizadas qual a sua opinião sobre essa marca ofertada? Melhor ou Pior? Explique

4. Sua satisfação com o produto fralda é:

Muito Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Satisfeito em parte ☐ Insatisfeito ☐

Data da avaliação: ____/____/____

Nome:(opcional)

Comprovante entrega de formulario de avaliação de fraldas pelo usuário.

Profissional de saúde que recebeu a avaliação:

Nome:

Matrícula:

Data da avaliação: ____/____/____