

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE TOLERÂNCIA E
ACEITAÇÃO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA A
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**



Setor/Unidade _____

Nome do produto em avaliação: _____

Data entrega do questionário ____/____/____

Data retorno do questionário ____/____/____

1. **Sexo** Masculino () Feminino ()

2. **Idade:** _____

3. **Qual sua categoria profissional?**

() Médico () Enfermeiro () Técnico ou Auxiliar de Enfermagem

() Fisioterapeuta () Outro: Qual? _____

4. Numa escala de 1 a 5, onde 1 é **TOTALMENTE INSATISFEITO** e 5 é **MUITO SATISFEITO**, atribua uma pontuação para os itens:

	1	2	3	4	5
1. Odor					
2. Textura					
3. Irritação (ardência na pele)					
4. Efeito de ressecamento					
5. Mãos pegajosas após o 1º uso					
6. Facilidade de uso do dispensador					
7. Velocidade de secagem					
8. Avaliação geral					

5. **A satisfação com o produto interfere na sua adesão a higiene das mãos?**

() não interfere

() pouca interferência

() muita interferência