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

**Instituição de Saúde “tipo de estabelecimento”: Posto de Saúde, Centro de Saúde/Unidade de Saúde, Policlínica, Unidade Mista, Clínica/Centro de Especialidade, Unidade de Apoio Diagnose e Terapia, Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematologia, Centro de Atenção Psicossocial, Pronto Atendimento.**

**Ação OC - Questionário idoso (não hospitalares)**

**Aplicar questionário para o 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 de atendimento são adequados?**

**3. Há orientação em relação aos seus direitos e às rotinas e procedimentos a serem realizados na instituição?**

**4. Há orientação quanto ao risco quedas?**

**5. Já assistiu ou sofreu discriminação nesta instituição, apenas por ser idoso?**

**6.** **Há na Instituição Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU, SAC, ouvidoria)?**

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

**8. Há facilidade e segurança no deslocamento nos diversos ambientes (inclusive com auxiliares de marcha, cadeiras de rodas e macas)?**

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

**10. Há disponibilidade de cadeira de rodas/maca para transporte?**

**11.Há orientação para retornos e/ou encaminhamentos?**