

# ANEXO 6 - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

EPI

PGS-MOS-EHS-209 Rev 01



**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FUNÇÃO:** \_\_\_\_\_

**EPI:** \_\_\_\_\_ **TURNO:** \_\_\_\_\_

## A - ITENS RELACIONADOS AO EPI

	SEMPRE	AS VEZES	NUNCA
A .1 - A atenuação do EPI é satisfatória?	( )	( )	( )
A .2 - Ao mexer a cabeça, andar ou fazer movimentos de abaixar e levantar, percebe aumento do ruído ou movimentação do protetor?	( )	( )	( )
A .3 - As hastes escorregam para baixo afrouxando o protetor?	( )	( )	( )
A .4 - A abertura da haste do seu equipamento se modifica com o tempo de uso?	( )	( )	( )
A .5 - A pressão da haste é satisfatória?	( )	( )	( )
A .6 - O peso do protetor auditivo é satisfatório?	( )	( )	( )
A .7 - O conforto do protetor auditivo é satisfatório?	( )	( )	( )
A .8 - Almofada do protetor auditivo endurece rapidamente com o tempo?	( )	( )	( )
A .9 - Você faz higienização do seu protetor ?	( )	( )	( )

## B - QUEIXAS RELACIONADAS AO USO DO PROTECTOR AUDITIVO

B. 1 - COCEIRA	( )	( )	( )
B. 2 - DOR DE CABEÇA	( )	( )	( )
B. 3 - ZUMBIDO/CHIADO	( )	( )	( )
B. 4 - CALOR	( )	( )	( )
B. 5 - DIFICULDADE PARA CONVERSAR	( )	( )	( )

B. 6 - PRESSÃO NA CABEÇA

( )

( )

( )

INFORMAR TEMPO DE REPOSIÇÃO DO KIT E DO EPI:

---