

Utilização do LASER

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Nome *

2. Idade *

3. Formação *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Fonoaudiólogo
- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Outro(especificar)

4. Quanto tempo você tem de experiência na área da amamentação? *

5. Quanto tempo você tem de experiência com uso do LASER? *

6. Você tem experiência com aplicação de LASER para aumento da produção láctea? *

7. Para aumento da produção láctea, qual marca de LASER você utiliza? *

8. Para aumento da produção láctea, qual modelo de LASER você utiliza? *

9. Para aumento da produção láctea, qual a potência do LASER você utiliza?

10. Para aumento da produção láctea, qual comprimento de onda do LASER você utiliza? *

11. Para aumento da produção láctea, qual dose (joules) você aplica? *

12. Para aumento da produção láctea, por quanto tempo (em segundos) você aplica o LASER? *

13. Para aumento da produção láctea, em qual local da mama e como você aplica o LASER? *

14. Em média quantas sessões de LASER são necessárias para se observar o aumento da produção láctea? *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários