

**ОПРОС О ДОМАШНЕМ
МЕДИЦИНСКОМ УХОДЕ CAHPS®**

**(ALTERNATIVE INSTRUCTIONS,
SCANNABLE FORMS)**

2025

ИНСТРУКЦИИ К ОПРОСУ

- Ответьте на все вопросы, полностью закрасив кружок слева от ответа.
- Иногда Вам необходимо будет пропустить некоторые вопросы. В этом случае Вы увидите стрелку с указанием на следующий вопрос, например:
 - Да → Если да, то перейдите к В1 на странице 1.
 - Нет

ВАШ ДОМАШНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УХОД

1. Согласно нашим данным Вы пользовались услугами домашнего медицинского ухода агентства **[НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА]**. Это так?

Когда Вы будете отвечать на вопросы, всегда ссылайтесь только на услуги этого агентства.

- Да
- Нет → Если это не так, не отвечайте на оставшиеся вопросы и верните опрос в предоставленном конверте.

2. Когда Вы начали пользоваться услугами домашнего медицинского ухода этого агентства, рассказал ли Вам кто-либо из агентства о характере ухода и услугах, которые будут Вам предоставляться?
- Да
 - Нет
 - Не помню
3. Когда Вы начали пользоваться услугами домашнего медицинского ухода этого агентства, **рассказал ли Вам** кто-либо из агентства о том, как обустроить свой дом, чтобы Вы могли безопасно в нем передвигаться?
- Да
 - Нет
 - Не помню
4. Когда Вы начали пользоваться услугами домашнего медицинского ухода этого агентства, спрашивали Вас кто-либо из агентства о **рецептурных и нерепециптурных препаратах**, которые Вы принимали?
- Да
 - Нет
 - Не помню

5. Когда Вы начали пользоваться услугами домашнего медицинского ухода этого агентства, просил ли Вас кто-либо из агентства **показать** им все рецептурные и нерецептурные препараты, которые Вы принимали?
- ☐ Да
 - ☐ Нет
 - ☐ Не помню

**КАЧЕСТВО УХОДА,
ПРЕДОСТАВЛЯЕМОГО
СОТРУДНИКАМИ АГЕНТСТВА ЗА
ПОСЛЕДНИЕ 2 МЕСЯЦА**

Следующие вопросы относятся к различным сотрудникам [НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА], предоставлявшим Вам уход за последние 2 месяца. В своих ответах не ссылайтесь на сотрудников другого агентства. В своих ответах не ссылайтесь на членов семьи или друзей.

6. За последние 2 месяца ухода являлся ли кто-либо из сотрудников этого агентства, оказывающих уход, медсестрой или медбратом?
- ☐ Да
 - ☐ Нет
7. За последние 2 месяца являлся ли кто-либо из сотрудников этого агентства, оказывающих уход, физиотерапевтом, специалистом по трудотерапии или логопедом?
- ☐ Да
 - ☐ Нет

8. За последние 2 месяца являлся ли кто-либо из сотрудников этого агентства, оказывающих уход, помощником по домашнему уходу или личным помощником?
- ☐ Да
 - ☐ Нет
9. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, оказывающие уход, были хорошо проинформированы о необходимом для Вас уходе и лечении?
- ☐ Никогда
 - ☐ Иногда
 - ☐ Часто
 - ☐ Всегда
 - ☐ За мной ухаживал всего один сотрудник за последние 2 месяца
10. За последние 2 месяца разговаривали ли Вы с ухаживающим за Вами сотрудником из этого агентства о боли?
- ☐ Да
 - ☐ Нет
11. За последние 2 месяца начали ли Вы принимать новые рецептурные препараты или сменили препараты, которые принимали?
- ☐ Да
 - ☐ Нет ➔ Если нет, то перейдите к B15.

12. За последние 2 месяца объясняли ли Вам сотрудники этого агентства **причину** перехода на новые препараты или смены рецептурных препаратов?

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Я **не** принимал (-а) новые рецептурные препараты и не менял (-а) их.

13. За последние 2 месяца объяснили ли Вам сотрудники этого агентства, **когда** необходимо принимать эти препараты?

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Я **не** принимал (-а) новые рецептурные препараты и не менял (-а) их.

14. За последние 2 месяца рассказывали ли Вам сотрудники этого агентства о **побочных эффектах** этих препаратов?

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Я **не** принимал (-а) новые рецептурные препараты и не менял (-а) их.

15. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, осуществляющие за Вами уход, информировали Вас о том, когда они придут к Вам домой?

- ☐ Никогда
- ☐ Иногда
- ☐ Часто
- ☐ Всегда

16. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, осуществляющие за Вами уход, обращались с Вами максимально деликатно?

- ☐ Никогда
- ☐ Иногда
- ☐ Часто
- ☐ Всегда

17. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, осуществляющие уход, объясняли Вам все простым и понятным языком?

- ☐ Никогда
- ☐ Иногда
- ☐ Часто
- ☐ Всегда

18. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, осуществляющие за Вами уход, внимательно Вас выслушивали?

- ☐ Никогда
- ☐ Иногда
- ☐ Часто
- ☐ Всегда

19. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, осуществляющие за Вами уход, обращались с Вами вежливо и с уважением?

- ☐ Никогда
- ☐ Иногда
- ☐ Часто
- ☐ Всегда

20. Мы бы хотели узнать, как Вы оценили бы услуги по уходу, предоставляемые сотрудниками этого агентства.

По шкале от 0 до 10, где 0 означает наихудшее качество услуг по домашнему медицинскому уходу, а 10 — наилучшее качество услуг, как бы Вы оценили качество услуг по уходу, предоставляемых сотрудниками этого агентства?

- ☐ 0 Наихудшее качество услуг по домашнему медицинскому уходу
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Наилучшее качество услуг по домашнему медицинскому уходу

ВАШЕ АГЕНТСТВО УСЛУГ ПО ДОМАШНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ УХОДУ

Следующие вопросы относятся к офису [НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА].

21. За последние 2 месяца ухода обращались ли Вы в **офис** этого агентства за помощью или консультацией?
- ☐ Да
- ☐ Нет ➔ Если нет, то перейдите к B24.
22. За последние 2 месяца ухода когда Вы обращались в офис агентства, удалось ли Вам получить необходимую помощь или консультацию?
- ☐ Да
- ☐ Нет ➔ Если нет, то перейдите к B24.
- ☐ Я **не** обращался (-лась) в это агентство
23. Когда Вы обратились в офис агентства, как быстро Вам была оказана необходимая помощь или предоставлена консультация?
- ☐ В тот же день
- ☐ Через 1-5 дней
- ☐ Через 6-14 дней
- ☐ Более чем через 14 дней
- ☐ Я **не** обращался (-лась) в это агентство

24. За последние 2 месяца ухода возникали ли у Вас проблемы с услугами по уходу, предоставляемыми этим агентством?
- ☐ Да
 - ☐ Нет
25. Вы бы порекомендовали это агентство членам своей семьи или друзьям, если бы они нуждались в домашнем медицинском уходе?
- ☐ Определенно нет
 - ☐ Скорее всего, нет
 - ☐ Возможно
 - ☐ Определенно да

ВАШИ ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

26. В общих словах, как бы Вы оценили свое состояние здоровья?
- ☐ Отличное
 - ☐ Очень хорошее
 - ☐ Хорошее
 - ☐ Нормальное
 - ☐ Плохое
27. В общих словах, как бы Вы оценили свое умственное или эмоциональное здоровье?
- ☐ Отличное
 - ☐ Очень хорошее
 - ☐ Хорошее
 - ☐ Нормальное
 - ☐ Плохое

28. Вы проживаете один (одна)?
- ☐ Да
 - ☐ Нет
29. Каков Ваш уровень образования?
- ☐ 8 классов или меньше
 - ☐ Среднее образование без выпуска
 - ☐ Диплом об общем среднем образовании
 - ☐ Несколько курсов ВУЗа или диплом выпускника 2-летней программы
 - ☐ Диплом о высшем образовании
 - ☐ Аспирантура и выше
30. Вы латиноамериканского происхождения?
- ☐ Да
 - ☐ Нет
31. К какой расе Вы принадлежите? Выберите один или несколько вариантов ответа.
- ☐ Коренной житель (-ница) Америки или Аляски
 - ☐ Азиатского происхождения
 - ☐ Темнокожий (-ая) или афроамериканец (-ка)
 - ☐ Уроженец (-ка) Гавайских островов или других тихоокеанских островов
 - ☐ Белый (-ая)

32. На каком языке Вы обычно разговариваете дома?

- ☐ На английском
- ☐ На испанском
- ☐ Другие языки:

(Заполнять печатными буквами.)

33. Помогал ли Вам кто-нибудь заполнить этот опросник?

- ☐ Да
- ☐ Нет → Если нет, то отправьте заполненный опросник в конверте с предоплатой почтовых услуг.

34. Каким образом этот человек Вам помог? Выберите все подходящие варианты.

- ☐ Прочитал (-а) мне вопросы
- ☐ Записал (-а) мои ответы
- ☐ Ответил (-а) на вопросы за меня
- ☐ Перевел (-а) вопросы на мой родной язык
- ☐ Помог (-ла) в другом:

(Заполнять печатными буквами.)

- ☐ Мне никто не помогал заполнять этот опросник

Спасибо!

**Пожалуйста, отправьте
заполненный опросник
в предоплаченном конверте.**