OMB #: 0938-1066

[OMB EXPIRATION DATE]

Опрос о домашнем медицинском уходе CAHPS®

20XX

**OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN RUSSIAN** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.  The valid OMB control number for this information collection is **0938-XXXX (Expires XX/XX/XXXX)**.  This is a **[mandatory/voluntary/required to retain or obtain a benefit (please select one)]** information collection.  The time required to complete this information collection is estimated to average 9 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection.  If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports ClearanceOfficer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.**\*\*\*\*CMS Disclosure\*\*\*\* Please do not send applications, claims, payments, medical records or any documents containing sensitive information to the PRA Reports Clearance Office.  Please note that any correspondence not pertaining to the information collection burden approved under the associated OMB control number listed on this form will not be reviewed, forwarded, or retained. If you have questions or concerns regarding where to submit your documents, please contact [List Program Specific Contact].**

Инструкции к опросу

* Ответьте на все вопросы, отметив галочкой соответствующий квадратик слева от ответа.
* **Если Вы отвечаете за кого-то, кто получал домашний медицинский уход**, постарайтесь отвечать на вопросы с его (ее) точки зрения.
* Иногда можно пропустить некоторые вопросы. В этом случае Вы увидите стрелку с указанием на следующий вопрос, например:

 Да

 Нет  **Если нет, то перейдите к В1.**

Ваш домашний медицинский уход

1. Согласно нашим данным, Вы пользовались услугами домашнего медицинского ухода от агентства **[AGENCY NAME]**. Это так?

1  Да

2  Нет  **Если это не так, не отвечайте на оставшиеся вопросы и отправьте опрос в предоставленном конверте.**

Ваше обслуживание персоналом по домашнему медицинскому уходу

Следующие вопросы касаются различных сотрудников **[AGENCY NAME]**. В своих ответах не ссылайтесь на услуги домашнего медицинского ухода, оказываемые сотрудниками других агентств.

1. Когда Вы начали пользоваться услугами домашнего медицинского ухода этого агентства, беседовал ли с Вами кто-либо из сотрудников о том, **как обеспечить безопасность дома**? Например, они могли предложить добавить поручни в душ или устранить опасность споткнуться.

1  Да

2  Нет

3  Не знаю

4  Мне не требовалась помощь по обеспечению безопасности дома

1. Кто-либо из сотрудников агентства **спрашивал о рецептурных и безрецептурных лекарственных средствах**, которые Вы принимаете? Например, они могли попросить Вас показать им лекарства и обсудить с Вами, как и когда их следует принимать.

1  Да

2  Нет

3  Не знаю

4  Я не принимаю никаких лекарств

1. За последние 2 месяца рассказывали ли Вам сотрудники этого агентства, оказывающие уход, о каких-либо **побочных эффектах** Ваших лекарств?

1  Да

2  Нет

3  Не знаю

4  Я не принимаю никаких лекарств

1. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, оказывающие уход, информировали Вас о том, **когда они приедут** к Вам домой?

1  Никогда

2  Иногда

3  Обычно

4  Всегда

1. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, оказывающие уход, выглядели **хорошо информированными обо всех видах ухода и лечения**, которые Вы получаете дома?

1  Никогда

2  Иногда

3  Обычно

4  Всегда

1. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, оказывающие уход, **обращались с Вами заботливо** — например, при перемещении или смене повязки?

1  Никогда

2  Иногда

3  Обычно

4  Всегда

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

1  Никогда

2  Иногда

3  Обычно

4  Всегда

1. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, оказывающие уход, **внимательно Вас выслушивали**?

1  Никогда

2  Иногда

3  Обычно

4  Всегда

1. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, оказывающие уход, обращались с Вами **вежливо и с уважением**?

1  Никогда

2  Иногда

3  Обычно

4  Всегда

1. Как часто за последние 2 месяца Вы чувствовали, что сотрудники этого агентства, оказывающие уход, **заботились о Ваc**?

1  Никогда

2  Иногда

3  Обычно

4  Всегда

1. За последние 2 месяца сотрудники этого агентства, оказывающие уход, **предоставляли Вашим родственникам или друзьям** **информацию или инструкции** о Вашем лечении в той мере, в какой Вы хотели?

1  Да

2  Нет

3  Не знаю

4  Такого желания или необходимости не было

1. Как часто за последние 2 месяца услуги, которые Вы получали от этого агентства, **помогали Вам заботиться о своем здоровье**?

1  Никогда

2  Иногда

3  Обычно

4  Всегда

1. Мы бы хотели узнать Вашу оценку услуг по домашнему медицинскому уходу, предоставляемых сотрудниками этого агентства.

По шкале от 0 до 10, где 0 — медицинское обслуживание самого низкого качества, а 10 — медицинское обслуживание самого высокого качества, как Вы **оценили бы качество обслуживания** со стороны сотрудников 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 касаются офиса **[AGENCY NAME]**.

1. Обращались ли Вы в **офис** этого агентства за помощью или консультацией?

1  Да

2  Нет  **Если нет, то перейдите к В17.**

1. Когда Вы обращались в офис агентства, удавалось ли Вам получить необходимую помощь или консультацию?

1  Да

2  Нет

1. Вы бы порекомендовали это агентство родственникам или друзьям, если бы они нуждались в домашнем медицинском уходе?

1  Определенно нет

2  Скорее всего нет

3  Скорее всего да

4  Определенно да

Расскажите о себе

Осталось всего несколько вопросов.

**Если Вы отвечаете от имени члена семьи или друга, который получал домашний медицинский уход:** эти вопросы касаются этого человека, а не Вас.

1. В целом, как бы Вы оценили состояние своего здоровья?

1  Отличное

2  Очень хорошее

3  Хорошее

4  Удовлетворительное

5  Плохое

1. В целом, как бы Вы оценили свое психическое или эмоциональное здоровье?

1  Отличное

2  Очень хорошее

3  Хорошее

4  Удовлетворительное

5  Плохое

1. Живете ли Вы одни?

1  Да

2  Нет

1. Каков Ваш уровень образования?

1  8 классов или меньше

2  Незаконченное среднее образование

3  Выпускник средней школы или диплом об общем среднем образовании (GED)

4  Незаконченное высшее или диплом 2-летнего колледжа

5  Диплом о высшем образовании

6  Магистратура или выше

1. К какой расе или этнической группе Вы себя относите? Пожалуйста, выберите один или несколько пунктов.
2.  Американские индейцы или коренные народы Аляски
3.  Азиаты
4.  Чернокожие или афроамериканцы
5.  Латиноамериканцы
6.  Коренные народы Ближнего Востока или Северной Африки
7.  Коренные народы Гавайских островов или островов Тихого океана
8.  Белые
9. На каком языке Вы обычно разговариваете дома?

1  На английском

2  На испанском

3  На другом языке: *(Заполнять печатными буквами.)*

1. Помогал ли Вам кто-нибудь пройти этот опрос?

1  Да

2  Нет  **Если нет, то отправьте заполненный опросник в предоплаченном конверте.**

1. Каким образом этот человек Вам помог? Отметьте все подходящие варианты.

1  Прочитал(а) мне вопросы

2  Записал(а) мои ответы

3  Ответил(а) на вопросы за меня

4  Перевел(а) вопросы на мой родной язык

5  Помог(ла) в другом: *(Заполнять печатными буквами.)*

6  Никто не помогал мне принимать участие в этом опросе

**Спасибо!**

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