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:

Флажок «Пример ответа» (не установлен) Да

Флажок «Пример ответа» (установлен) Нет Инструкции: **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 флажок Да

2 флажок Нет Инструкции: **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 флажок Да

2 флажок Нет

3 флажок Не знаю

4 флажок 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 флажок Да

2 флажок Нет

3 флажок Не знаю

4 флажок 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 флажок Да

2 флажок Нет

3 флажок Не знаю

4 флажок 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 флажок Никогда

2 флажок Иногда

3 флажок Обычно

4 флажок 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 флажок Никогда

2 флажок Иногда

3 флажок Обычно

4 флажок Всегда

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

1 флажок Никогда

2 флажок Иногда

3 флажок Обычно

4 флажок Всегда

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

1 флажок Никогда

2 флажок Иногда

3 флажок Обычно

4 флажок Всегда

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

1 флажок Никогда

2 флажок Иногда

3 флажок Обычно

4 флажок Всегда

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

1 флажок Никогда

2 флажок Иногда

3 флажок Обычно

4 флажок Всегда

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

1 флажок Никогда

2 флажок Иногда

3 флажок Обычно

4 флажок 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 флажок Да

2 флажок Нет

3 флажок Не знаю

4 флажок 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 флажок Никогда

2 флажок Иногда

3 флажок Обычно

4 флажок 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?

флажок 0 Наихудшее качество услуг по домашнему медицинскому уходу

флажок 1

флажок 2

флажок 3

флажок 4

флажок 5

флажок 6

флажок 7

флажок 8

флажок 9

флажок 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 флажок Да

2 флажок Нет Инструкции: **Если нет, то перейдите к В17.**

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

1 флажок Да

2 флажок Нет

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

1 флажок Определенно нет

2 флажок Скорее всего нет

3 флажок Скорее всего да

4 флажок 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 флажок Отличное

2 флажок Очень хорошее

3 флажок Хорошее

4 флажок Удовлетворительное

5 флажок Плохое

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

1 флажок Отличное

2 флажок Очень хорошее

3 флажок Хорошее

4 флажок Удовлетворительное

5 флажок Плохое

1. Живете ли Вы одни?

1 флажок Да

2 флажок Нет

1. Каков Ваш уровень образования?

1 флажок 8 классов или меньше

2 флажок Незаконченное среднее образование

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

4 флажок Незаконченное высшее или диплом 2-летнего колледжа

5 флажок Диплом о высшем образовании

6 флажок Магистратура или выше

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

1 флажок На английском

2 флажок На испанском

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

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

1 флажок Да

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

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

1 флажок Прочитал(а) мне вопросы

2 флажок Записал(а) мои ответы

3 флажок Ответил(а) на вопросы за меня

4 флажок Перевел(а) вопросы на мой родной язык

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

6 флажок Никто не помогал мне принимать участие в этом опросе

**Спасибо!**

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