

ОМВ #: 0938-1066  
Срок истекает 31 июля 2026 года

**ОПРОС О ДОМАШНЕМ  
МЕДИЦИНСКОМ УХОДЕ САНПС®**

**2024**

## ИНСТРУКЦИИ К ОПРОСУ

- Ответьте на все вопросы, отметив галочкой соответствующий квадратик 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.

1  Да

2  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?

1  Да

2  Нет

3  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?

1  Да

2  Нет

3  Не помню

4. Когда Вы начали пользоваться услугами домашнего медицинского ухода этого агентства, спрашивал ли Вас кто-либо из агентства о **рецептурных и нерекцептурных препаратах**, которые Вы принимали?

1  Да

2  Нет

3  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 нерцеиптурные препараты, которые Вы принимали?
- 1  Да
- 2  Нет
- 3  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?
- 1  Да
- 2  Нет
7. За последние 2 месяца являлся ли кто-либо из сотрудников этого агентства, оказывающих уход, физиотерапевтом, специалистом по трудотерапии или логопедом?
- 1  Да
- 2  Нет

8. За последние 2 месяца являлся ли кто-либо из сотрудников этого агентства, оказывающих уход, помощником по домашнему уходу или личным помощником?
- 1  Да
- 2  Нет
9. Как часто за последние 2 месяца сотрудники этого агентства, оказывающие уход, были хорошо проинформированы о необходимом для Вас уходе и лечении?
- 1  Никогда
- 2  Иногда
- 3  Часто
- 4  Всегда
- 5  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?
- 1  Да
- 2  Нет
11. За последние 2 месяца начали ли Вы принимать новые рецептурные препараты или сменили препараты, которые принимали?
- 1  Да
- 2  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?

- 1  Да
- 2  Нет
- 3  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?

- 1  Да
- 2  Нет
- 3  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?

- 1  Да
- 2  Нет
- 3  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 приедут к Вам домой?

- 1  Никогда
- 2  Иногда
- 3  Часто
- 4  Всегда

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

- 1  Никогда
- 2  Иногда
- 3  Часто
- 4  Всегда

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

- 1  Никогда
- 2  Иногда
- 3  Часто
- 4  Всегда

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

- 1  Никогда
- 2  Иногда
- 3  Часто
- 4  Всегда

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

- 1  Никогда
- 2  Иногда
- 3  Часто
- 4  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?
- 1  Да
- 2  Нет → Если нет, то перейдите к В24.
22. За последние 2 месяца ухода когда Вы обращались в офис агентства, удалось ли Вам получить необходимую помощь или консультацию?
- 1  Да
- 2  Нет → Если нет, то перейдите к В24.
- 3  Я не обращался (-лась) в это агентство
23. Когда Вы обратились в офис агентства, как быстро Вам была оказана необходимая помощь или предоставлена консультация?
- 1  В тот же день
- 2  Через 1-5 дней
- 3  Через 6-14 дней
- 4  Более чем через 14 дней
- 5  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?

- 1  Да
- 2  Нет

25. Вы бы порекомендовали это агентство членам своей семьи или друзьям, если бы они нуждались в домашнем медицинском уходе?

- 1  Определенно нет
- 2  Скорее всего, нет
- 3  Возможно
- 4  Определенно да

## ВАШИ ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

26. В общих словах, как бы Вы оценили свое состояние здоровья?
- 1  Отличное
- 2  Очень хорошее
- 3  Хорошее
- 4  Нормальное
- 5  Плохое

27. В общих словах, как бы Вы оценили свое умственное или эмоциональное здоровье?

- 1  Отличное
- 2  Очень хорошее
- 3  Хорошее
- 4  Нормальное
- 5  Плохое

28. Вы проживаете один (одна)?

- 1  Да
- 2  Нет

29. Каков Ваш уровень образования?

- 1  8 классов или меньше
- 2  Среднее образование без выпуска
- 3  Диплом об общем среднем образовании
- 4  Несколько курсов ВУЗа или диплом выпускника 2-летней программы
- 5  Диплом о высшем образовании
- 6  Аспирантура и выше

30. Вы латиноамериканского происхождения?

- 1  Да
- 2  Нет

31. К какой расе Вы принадлежите? Выберите один или несколько вариантов ответа.

- 1  Коренной житель (-ница) Америки или Аляски
- 2  Азиатского происхождения
- 3  Темнокожий (-ая) или афроамериканец (-ка)
- 4  Уроженец (-ка) Гавайских островов или других тихоокеанских островов
- 5  Белый (-ая)

32. На каком языке Вы обычно разговариваете дома?

- 1  На английском
- 2  На испанском
- 3  Другие языки:

---

*(Заполнять печатными буквами.)*

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

- 1  Да
- 2  Нет → **Если нет, то отправьте заполненный опросник в предоплаченном конверте.**

34. 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  Мне никто не помогал  
заполнять этот опросник

**Спасибо!**

**Пожалуйста, отправьте  
заполненный опросник  
в конверте с предоплатой  
почтовых услуг.**