

OMB 控制数码: 0938-1240
2024 年 11 月 30 日过期

消费者评估医疗服务机构和系统 门诊手术及非住院手术问卷调查 (OAS CAHPS®)

关于门诊、门诊手术及其他非住院手术和医疗程序中病人经历的问卷调查

根据 1995 年减少纸张使用法案, 如果问卷上没有有效的 OMB 控制数码, 任何人都无须回答问卷上的任何问题。这项问卷持有有效的 OMB 控制数码: **0938-1240**, 2024 年 11 月 30 日过期。完成这份问卷, 估计需要八分钟。这包括阅读问卷的说明, 查找现有的资料, 收集和整理所需的信息, 以及完成和审阅所提供的信息。如果您对完成这份问卷所估计的时间或对如何改进这项问卷有任何看法, 请写信给: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

调查问卷说明

请回答所有的问题。作答时,请在问题左边的方格内打勾。

有时问卷会要求您跳过一些问题。这种情况发生时,您会看到箭头并注明下一个该回答的问题,如:

- 是
 否 → 如回答否,请跳到#1

本问卷调查是关于您在我们这封信所特指的医疗机构的经历。在本问卷调查中,“医疗程序”这个词指的是诊断,外科手术及其他医疗程序。“医疗机构”这个词指的是进行您的医疗程序的地方。

请针对印在信函上所列的日子那天您所经历的所有医疗程序来回答这些问题。在您回答问题时,请不要考虑或涉及其他医疗程序。

I. 在您的医疗程序之前

最初的几个问题是关于您进行的医疗程序所做的准备工作。这包括您在接受医疗程序之前和当天,您所收到的任何有关信息。

1. 在您的医疗程序之前,这家医疗机构的医生或者其他人是否给您关于这个程序您所需要的所有信息?
- 1 是的,十分确定
2 是的,在某种程度上
3 否

2. 在您的医疗程序之前,这家医疗机构的医生或其他人是否提供给您让您容易理解的关于怎样为您的医疗程序做准备的医嘱?

- 1 是的,十分确定
2 是的,在某种程度上
3 否

II. 关于这家医疗机构及其医护人员

下面的几个问题,是有关您医疗程序当天的经历。

3. 办理看病登记签到手续的过程是否顺利流畅?

- 1 是的,十分确定
2 是的,在某种程度上
3 否

4. 这家医疗机构干净吗?

- 1 是的,十分确定
2 是的,在某种程度上
3 否

5. 这家医疗机构的工作人员和前台接待人员是否像您想象的那样很有帮助?

- 1 是的,十分确定
2 是的,在某种程度上
3 否

6. 这家医疗机构的工作人员和前台接待人员是否以礼貌和尊重对待您？

- 1 是的, 十分确定
- 2 是的, 在某种程度上
- 3 否

7. 医生和护士是否以礼貌和尊重对待您？

- 1 是的, 十分确定
- 2 是的, 在某种程度上
- 3 否

8. 医生和护士是否尽可能让您感到舒适？

- 1 是的, 十分确定
- 2 是的, 在某种程度上
- 3 否

III. 关于您的医疗程序的沟通交流

作为提醒: 请包括您在该医疗程序之前和当天收到的信息。

9. 医生和护士是否用您听得懂的方式来向您解释医疗程序？

- 1 是的, 十分确定
- 2 是的, 在某种程度上
- 3 否

10. 麻醉会让您在医疗程序中感到困倦或入睡。是否给您用了麻醉？

- 1 是
- 2 否 → 如回答否, 请跳到#13

11. 您的医生或这家医疗机构的其他人是否用您听得懂的方式向您解释麻醉？

- 1 是的, 十分确定
- 2 是的, 在某种程度上
- 3 否

12. 您的医生或这家医疗机构的其他人是否用您听得懂的方式向您解释麻醉可能产生的副作用？

- 1 是的, 十分确定
- 2 是的, 在某种程度上
- 3 否

13. 出院医嘱包括: 医疗程序之后, 有可能出现的需要注意的症状的说明, 服药说明, 在家调养须知等等。在您离开医疗机构之前, 您是否得到了书面的出院医嘱？

- 1 是
- 2 否

IV. 您的术后恢复

14. 您的医生或这家医疗机构的其他人是否帮您在您康复期间预期会发生什么而做好准备？

- 1 是的, 十分确定
- 2 是的, 在某种程度上
- 3 否

以下的几个问题关于您术后恢复期间可能出现的情况。有些医疗程序并不需要您获取这些信息。请根据您所记得的情况作答。

15. 止痛的方法有处方药、非处方止疼药、或者冰袋等。您的医生或这家医疗机构的其他人是否给您医嘱,告诉您如果您因医疗程序而产生疼痛的话应该怎么办?

1 是

2 否

16. 从这家医疗机构离开后的任何时候,您是否因为您的医疗程序而感到疼痛?

1 是

2 否

17. 在您离开这家医疗机构之前,您的医生或这家医疗机构的其他人是否给您医嘱,告诉您如果您感到恶心或是呕吐该怎么办?

1 是

2 否

18. 从这家医疗机构离开后的任何时候,您是否因为您的医疗程序或麻醉而感到恶心或者呕吐?

1 是

2 否

19. 在您离开这家医疗机构之前,您的医生或这家医疗机构的其他人是否给您医嘱,告诉您如果您因医疗程序而出血的话应该怎么办?

1 是

2 否

20. 从这家医疗机构离开以后的任何时候,您是否因为您的医疗程序而出血?

1 是

2 否

21. 发生感染的可能迹象包括发烧、肿胀、发热、流脓流液、发红等。在您离开这家医疗机构之前,您的医生或这家医疗机构的其他人是否给您医嘱,告诉您如果出现感染迹象时应该怎么办?

1 是

2 否

22. 从这家医疗机构离开后的任何时候,您是否有过任何感染的迹象?

1 是

2 否

V. 您的总体经历

23. 请用从 0 到 10 中任何一个数字评价,0 是最差医疗机构,10 是最佳医疗机构。您认为哪一个数字最能代表您对此医疗机构的评价?

0 最差医疗机构

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 最佳医疗机构

24. 您是否会向您的朋友和家人推荐这家医疗机构?

- 1 绝不会
- 2 也许不会
- 3 可能会
- 4 绝对会

VI. 关于您

25. 总体而言,您如何评价您的整体健康状况?

- 1 极好
- 2 很好
- 3 好
- 4 一般
- 5 差

26. 总体而言,您如何评价您的整体精神或情绪健康状况?

- 1 极好
- 2 很好
- 3 好
- 4 一般
- 5 差

27. 您已完成的最高级别或程度的年级或院校是什么?

- 1 8 年级或更低
- 2 读过高中,但未毕业
- 3 高中毕业或有同等学业文凭 (GED)
- 4 读过一些大学或二年制学位
- 5 四年制大学毕业
- 6 四年制大学毕业以上学历

28. 您是西班牙裔、西语族裔、或拉丁裔吗?

- 1 是的,是西语族裔,拉丁裔,西班牙裔
- 2 否,不是西语族裔,拉丁裔,西班牙裔 → 如回答否,请跳到#30

29. 哪个族裔最适合您?

- 1 墨西哥裔、墨西哥裔美国人、美国出生的墨西哥裔人
- 2 波多黎各裔
- 3 古巴人
- 4 其他西班牙裔、西裔、拉丁裔

30. 您属于哪一种族? 您可以选择一项或多项。

- 1 白人
- 2 黑人或非裔美国人
- 3 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
- 4 亚洲印度裔
- 5 华人
- 6 菲律宾人
- 7 日本人
- 8 韩国人
- 9 越南人
- 10 其他亚裔
- 11 夏威夷原住民
- 12 关岛或查莫罗人
- 13 萨摩亚人
- 14 其他太平洋岛国人

31. 您英文说得怎么样?

- 1 非常好
- 2 还好
- 3 不好
- 4 不会

32. 您在家中主要说哪种语言?

- 1 英语
- 2 西班牙语
- 3 中文
- 4 俄语
- 5 越南语
- 6 葡萄牙语
- 7 德语
- 9 其他语言

33. 是否有人帮助您填写本调查问卷?

- 1 是
- 2 否 → 如果否, 跳到“问卷完”

34. 那位人士是如何帮助您的? 勾选所有适用项。

- 1 为我读问题
- 2 写下我给出的答案
- 3 替我回答问题
- 4 将问题译成我的语言
- 5 以其他方式帮助:
(解释一下):

(请用正楷填写)

- 6 没人帮助我填写本调查问卷

问卷完