

Medicare Health Outcomes Survey — Modified (HOS-M) Questionnaire (Russian) 2024

Инструкция по заполнению опросника Medicare по показателям состояния здоровья — модифицированной версии

В данном опроснике содержатся вопросы о Вашем здоровье, Ваших эмоциях и способности заниматься повседневными делами. Просим Вас отвечать на вопросы не торопясь. Ваши ответы очень важны для нас. Если Вам нужна помощь с заполнением опросника, член Вашей семьи или Ваш друг могут заполнить опросник о Вашем здоровье. Если Вы НЕ можете получить помощь члена семьи или друга, попросите помочь медсестру или другого медицинского работника.

- Для ответа на вопросы поставьте «X» в графе напротив подходящего варианта ответа, как в приведенном ниже примере.

Укажите свой пол.

☒

1

☐

Мужской 2

Женский

- Обязательно прочитайте все варианты ответа перед тем, как поставить отметку «X».
- Возможно, некоторые вопросы покажутся Вам личными. Важно, чтобы Вы ответили на ВСЕ вопросы в анкете. Но Вы можете не отвечать на вопрос, если не хотите. Если Вы не уверены в ответе на вопрос или не знаете, относится ли вопрос к Вам, выберите САМЫЙ подходящий вариант.
- Заполните опросник в течение двух недель и отправьте нам в приложенном конверте с предварительно оплаченным почтовым сбором.

ЕСЛИ ВЫ ЗАПОЛНЯЕТЕ ОПРОСНИК ЗА ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА

Отвечайте на все вопросы так, чтобы ответы наилучшим образом отражали состояние здоровья этого человека, его эмоции и способность заниматься повседневными делами. Отвечайте на каждый вопрос так, как ответил бы человек, которому Вы помогаете.

Любая информация, которая позволяет идентифицировать личность заполнившего опросник, защищена в соответствии с законом о конфиденциальности и законом об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Такая информация будет использоваться только в целях, разрешенных законом, и не будет разглашаться или передаваться по какой-либо иной причине. Если у Вас есть вопросы или Вы хотите узнать больше об исследовании, звоните в компанию [survey vendor name] по телефону [phone number].

В соответствии с Законом о снижении бумажного документооборота (Paperwork Reduction Act) 1995 г. никто не обязан отвечать на запрос о сборе информации, если на нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США (OMB). Контрольный номер OMB для сбора данной информации – **0938-0701**. Время, необходимое для сбора данной информации, оценивается в среднем в **20 минут**, включая время ознакомления с инструкциями, поиск имеющихся источников данных, сбор необходимых данных, завершение и проверку собранной информации. Если у Вас есть замечания, касающиеся точности оценки(-ок) времени, или рекомендации по улучшению данной формы, пожалуйста, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

OMB 0938-0701 (истекает: 31.05.2025)

© 2024 г., Национального комитета по обеспечению качества (NCQA). Не допускается воспроизведение или передача данного опросника в любой форме, электронной или механической, без явного письменного разрешения NCQA. Все права защищены.

Опросник Medicare по показателям состояния здоровья — модифицированная версия

1. Оцените состояние своего здоровья в целом.

	Отличное	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетвори- тельное	Плохое
	☐	☐	☐	☐	☐
	12345				

2. Насколько Вам трудно поднимать или переносить предметы весом 10 фунтов, например мешок картофеля?

Совсем не трудно	Немного трудно	В меру трудно	Очень трудно	Я не могу это сделать
☐	☐	☐	☐	☐
12345				

3. Насколько Вам трудно пройти пешком четверть мили (примерно 2 или 3 квартала)?

Совсем не трудно	Немного трудно	В меру трудно	Очень трудно	Я не могу это сделать
☐	☐	☐	☐	☐
12345				

4. Возникают ли у Вас трудности, обусловленные состоянием здоровья или физической проблемой, при выполнении следующих действий **без специального оборудования или посторонней помощи?**

	Нет, это не трудностей	Да, мне	Я не могу вызывает трудно это выполнять делать это действие
a. Купание	☐		☐
	☐		☐
	☐		☐
	☐		☐
	☐		☐
	☐		☐
	123		☐
b. Одевание			
	123		
c. Прием пищи			
	123		
d. Сесть на стул или встать со стула			
	123		
e. Ходьба			
	123		
f. Использование туалета			

5. **Помогает ли Вам с какими-либо из этих действий другой человек?**

	Да, мне	Нет, мне не	Я не
		выполняю	помогают
		помогают	это действие
a. Купание	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	123	☐	☐
b. Одевание			
	123		
c. Прием пищи			
	123		
d. Сесть на стул или встать со стула			
	123		
e. Ходьба			
	123		
f. Использование туалета			
	123		

6. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. **Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время** в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

ДЕЙСТВИЯ	Нет,		
	Да, значи-	Да, совсем	только
	ограни-	ограни-	ограни-
	чивает	чивает	чивает
a. Умеренные физические нагрузки , такие как передвинуть стол, уборка пылесосом, игра в боулинг или гольф	☐	☐	☐
	1	2	3
b. Подъем пешком по лестнице на несколько лестничных пролетов	☐	☐	☐
	1	2	3

7. **Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние** вызывало следующие затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности? (Если Вы не можете работать или заниматься повседневными делами, отвечайте «Да, постоянно» на оба вопроса).

Да,

8. **Бывало ли за последние 4 недели, что Ваши эмоциональные проблемы** (например, ощущение подавленности или тревоги) **стали причиной** следующих затруднений в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности? (Если Вы не можете работать или заниматься повседневными делами, отвечайте «Да, постоянно» на оба вопроса).

9. В какой степени **боль** мешала Вам работать как обычно (включая работу вне дома и работу по дому) **в течение последних 4 недель?**

Следующие вопросы связаны с тем, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение **в течение последних 4 недель**. На каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

	Постоянно	Часто	Иногда	Редко	Никогда а.
Вы чувствовали себя спокойно и					

умиротворенно? 1 ☐ 2 3 ☐ 4 5 6 ☐ b. ☐ ☐ ☐

Вы чувствовали себя ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

бодрым(-ой)? 1 ☐ 2 3 ☐ 4 5 6 ☐ c. ☐ ☐ ☐

Вы были в подавленном

и грустном настроении? 1 2 3 4 5 6

11. Как часто в течение последних 4 недель физическое состояние или эмоциональные проблемы мешали Вашей социальной жизни (например, навещать друзей, родственников, и т. п.)?

Постоянно ☐ 1
Большую часть времени ☐ 2
Иногда ☐ 3
Редко ☐ 4
Никогда ☐ 5

Теперь мы хотели бы задать Вам несколько вопросов о том, как изменилось Ваше здоровье.

12. По сравнению с Вашим самочувствием один год назад, как Вы можете в целом оценить свое физическое здоровье сейчас?

Намного хуже ☐ 1
Примерно так же ☐ 2
Значительно лучше ☐ 3
Немного лучше ☐ 4
Немного хуже ☐ 5

13. По сравнению с Вашим самочувствием один год назад, как Вы можете в целом оценить свое эмоциональное состояние (наличие таких проблем как тревожность, подавленность или раздраженность) сейчас?

Намного хуже ☐ 1
Примерно так же ☐ 2
Значительно лучше ☐ 3
Немного лучше ☐ 4
Немного хуже ☐ 5

14. Страдаете ли Вы потерей памяти, которая мешает выполнению повседневных дел? Да

☐☐

1

Нет

2

15. Как часто у Вас бывают трудности с контролем мочеиспускания (непроизвольное мочеиспускание)?

Никогда	Реже одного раза в неделю	Раз в неделю или чаще	Каждый день	У меня установлен катетер
☐	☐	☐	☐	☐
12345				

16. Кто заполнял опросник?

☐ Участник Medicare

→ОСТАНОВИТЬСЯ ЗДЕСЬ

☐
☐

1

Член семьи, родственник или друг/подруга

2

участника Medicare

→Перейти к вопросу 17

Медсестра или другой медицинский работник →Перейти к вопросу 17

3

17. Назовите причину, по которой Вы заполняете опросник за другого человека. (Отметьте **ВСЕ** подходящие варианты.)

☐

Физические проблемы

☐
☐
☐
☐

1

Проблемы с памятью или психические проблемы

2

Не может говорить или читать по-русски

3

Человек отсутствует

4

Другое

5

18. В чем заключалась Ваша помощь при заполнении опросника? (Отметьте **ВСЕ** подходящие варианты.) Я зачитывал(-а) вопросы

☐
☐
☐

ОМВ 0938-0701 (истекает: 31.05.2025)

☐
☐

1

Я записывал(-а) ответы опрашиваемого человека

2

Я отвечал(-а) на вопросы на основании своих знаний об опрашиваемом человеке

3

Я использовал(-а) медицинскую карту, чтобы заполнить опросник

4

Я перевел(-а) вопросы опросника

5

Другое

6

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ (ЛИЦАМИ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ УХОД)**

19. Какой вариант **наиболее точно описывает** Вашу должность? (Выберите только **один** ответ.)

☐

Санитар на дому, сиделка или сертифицированный помощник медсестры

☐☐☐

1

Дипломированная (RN, LPN) или недипломированная (NP) медсестра

2

Социальный работник или координатор медицинских услуг

3

Сотрудник учреждения опеки взрослых (Adult Foster Care) / учреждения дневного

4

ухода за взрослыми (Adult Day Care) / учреждений для проживания с уходом
(Assisted Living / Residential Care)

☐

Переводчик

☐

5

Другое

6

ВЫ ЗАВЕРШИЛИ ОПРОС. СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ.

Воспользуйтесь приложенным конвертом с предварительно оплаченным почтовым сбором, чтобы отправить Ваш заполненный опросник по адресу:

Centers for Medicare & Medicaid Services c/o
Survey Processing

[Insert Survey Vendor Return
Address Here]

Если у Вас есть вопросы, касающиеся данного опроса, свяжитесь с организаторами опроса, которые сотрудничают с программой Medicare, по телефону [survey vendor phone number] или электронной почте [survey vendor email].