

OMB #: 0938-1066
Expires MONTH DAY, YEAR

HOME HEALTH CARE CAHPS® SURVEY

20XX

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 0938-1066. This information collection produces comparable data from home health agencies to help individuals choose an agency and improve care. The time required to complete this information collection is estimated to average less than 9 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, to review and complete the information collection. This information collection is mandatory for qualifying home health agencies under 42 CFR §484.255(i) to meet program requirements and voluntary for survey respondents. Confidentiality is assured under 5 U.S.C. 552a (Privacy Act of 1974). 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 Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, 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 survey, please email HomeHealthCAHPS@cms.hhs.gov.**

SURVEY INSTRUCTIONS

- Answer all the questions by checking the box to the left of your answer.
- **If you are answering for someone who received home health care**, please try to answer questions from his or her point of view.
- Sometimes you can skip some questions in this survey. When this happens, you will see an arrow with a note that tells you what question to answer next, like this:

☐ Yes

☒ No → If No, skip to Q1.

YOUR HOME HEALTH CARE

- 1 According to our records, you got care from the home health agency, [AGENCY NAME]. Is that right?
- 1 ☐ Yes
- 2 ☐ No → If No, please stop and return the survey in the envelope provided.

YOUR CARE FROM HOME HEALTH STAFF

These next questions are about all the different staff from [AGENCY NAME]. Do not include care you got from staff from another home health care agency.

- 2 When you first started getting home health care from this agency, did someone from the agency talk about **ways to help make your home safer**? For example, they may have suggested adding grab bars in the shower or removing tripping hazards.
- 1 ☐ Yes
- 2 ☐ No
- 3 ☐ I don't know
- 4 ☐ I did not need help with home safety
- 3 Has someone from the agency ever **reviewed the prescribed and over-the-counter medicines** you were taking? For example, they might have asked you to show them your medicines and talked with you about how and when to take each one.
- 1 ☐ Yes
- 2 ☐ No
- 3 ☐ I don't know
- 4 ☐ I don't take any medicines
- 4 In the last 2 months of care, did home health staff from this agency talk with you about any **side effects** of your medicines?
- 1 ☐ Yes
- 2 ☐ No
- 3 ☐ I don't know
- 4 ☐ I don't take any medicines

5 In the last 2 months of care, how often did home health staff from this agency keep you informed about **when they would arrive** at your home?

- 1 ☐ Never
2 ☐ Sometimes
3 ☐ Usually
4 ☐ Always

6 In the last 2 months of care, how often did home health staff from this agency seem to be **aware of all the care or treatment** you were getting at home?

- 1 ☐ Never
2 ☐ Sometimes
3 ☐ Usually
4 ☐ Always

7 In the last 2 months of care, how often did home health staff from this agency **treat you with care** – for example, when moving you around or changing a bandage?

- 1 ☐ Never
2 ☐ Sometimes
3 ☐ Usually
4 ☐ Always

8 In the last 2 months of care, how often did home health staff from this agency **explain things** in a way that was easy to understand?

- 1 ☐ Never
2 ☐ Sometimes
3 ☐ Usually
4 ☐ Always

9 In the last 2 months of care, how often did home health staff from this agency **listen carefully** to you?

- 1 ☐ Never
2 ☐ Sometimes
3 ☐ Usually
4 ☐ Always

10 In the last 2 months of care, how often did home health staff from this agency treat you with **courtesy and respect**?

- 1 ☐ Never
2 ☐ Sometimes
3 ☐ Usually
4 ☐ Always

11 In the last 2 months of care, how often did you feel that home health staff from the agency **cared about you as a person**?

- 1 ☐ Never
2 ☐ Sometimes
3 ☐ Usually
4 ☐ Always

12 In the last 2 months of care, did home health staff from this agency **provide your family or friends with information or instructions** about your care as much as you wanted?

- 1 ☐ Yes
2 ☐ No
3 ☐ I don't know
4 ☐ I did not want or need this

- 13 In the last 2 months of care, how often have the services you received from this agency **helped you take care of your health?**

1 ☐ Never
2 ☐ Sometimes
3 ☐ Usually
4 ☐ Always

- 14 We want to know your rating of your care from this agency's home health staff.

Using any number from 0 to 10, where 0 is the worst home health care possible and 10 is the best home health care possible, what number would you use to **rate your care** from this agency's home health staff?

☐ 0 Worst home health care possible
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 Best home health care possible

YOUR HOME HEALTH AGENCY

The next questions are about the office of [AGENCY NAME].

- 15 Have you contacted this agency's **office** for help or advice?

1 ☐ Yes
2 ☐ No → If No, skip to Q17.

- 16 When you contacted this agency's office, did you get the help or advice you needed?

1 ☐ Yes
2 ☐ No

- 17 Would you recommend this agency to your family or friends if they needed home health care?

1 ☐ Definitely no
2 ☐ Probably no
3 ☐ Probably yes
4 ☐ Definitely yes

ABOUT YOU

There are only a few questions left.

If you are answering on behalf of a family member or friend who received home health care: these questions are about that person, not yourself.

- 18 In general, how would you rate your overall health?

1 ☐ Excellent
2 ☐ Very good
3 ☐ Good
4 ☐ Fair
5 ☐ Poor

- 19 In general, how would you rate your overall mental or emotional health?

1 ☐ Excellent
2 ☐ Very good
3 ☐ Good
4 ☐ Fair
5 ☐ Poor

20 Do you live alone?

1 ☐ Yes

2 ☐ No

21 What is the highest grade or level of school that you have completed?

1 ☐ 8th grade or less

2 ☐ Some high school, but did not graduate

3 ☐ High school graduate or GED

4 ☐ Some college or 2-year degree

5 ☐ 4-year college graduate

6 ☐ More than 4-year college degree

22 What is your race or ethnicity? Please mark one or more.

1 ☐ American Indian or Alaska Native

2 ☐ Asian

3 ☐ Black or African American

4 ☐ Hispanic or Latino

5 ☐ Middle Eastern or North African

6 ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander

7 ☐ White

23 What language do you mainly speak at home?

1 ☐ English

2 ☐ Spanish

3 ☐ Some other language: *(Please print.)*

24 Did someone help you complete this survey?

1 ☐ Yes

2 ☐ No → **If No, please return your completed survey in the postage-paid envelope.**

25 How did that person help you? Check all that apply.

1 ☐ Read the questions to me

2 ☐ Wrote down the answers I gave

3 ☐ Answered the questions for me

4 ☐ Translated the questions into my language

5 ☐ Helped in some other way: *(Please print.)*

6 ☐ No one helped me complete this survey

Thank you!

**Please return the completed survey
in the postage-paid envelope.**

ENCUESTA DE CAHPS® SOBRE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR

20XX

OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN SPANISH

INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA

- Responda todas las preguntas marcando el encasillado a la izquierda de su respuesta.
- **Si está respondiendo por una persona que recibió cuidado de la salud en el hogar,** trate de responder las preguntas desde el punto de vista de esa persona.
- A veces puede saltarse algunas preguntas en esta encuesta. Cuando ocurra, verá una flecha con una nota que le indica qué pregunta es la siguiente, de esta manera:
☐ Sí
☒ No → Si respondió que No, vaya a la pregunta 1.

CUIDADO DE LA SALUD QUE USTED RECIBIÓ EN EL HOGAR

- 1 Según nuestro registro, usted recibió servicios por parte de [AGENCY NAME]. ¿Es eso correcto?
 - 1 ☐ Sí
 - 2 ☐ No → Si respondió que No, por favor, deténgase y devuelva la encuesta en el sobre provisto.

SU ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DEL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR

Las siguientes preguntas se refieren a todo el personal de [AGENCY NAME]. No incluya la atención que recibió del personal de otra agencia de cuidado de la salud en el hogar.

- 2 Cuando recién empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia le habló sobre las **maneras de ayudar a que su hogar sea más seguro**? Por ejemplo, pueden haber sugerido instalar barras de apoyo en la ducha/regadera o eliminar peligros de tropiezo.
 - 1 ☐ Sí
 - 2 ☐ No
 - 3 ☐ No sé
 - 4 ☐ No necesité ayuda con la seguridad del hogar
- 3 ¿Alguna vez alguien de la agencia ha **revisado los medicamentos con o sin receta** que usted estaba tomando? Por ejemplo, es posible que le hayan pedido que les muestre sus medicamentos y le hayan hablado sobre cómo y cuándo tomar cada uno de ellos.
 - 1 ☐ Sí
 - 2 ☐ No
 - 3 ☐ No sé
 - 4 ☐ No tomo ningún medicamento

4 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿conversó con usted el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia sobre cualquier **efecto secundario** de sus medicamentos?

- 1 ☐ Sí
2 ☐ No
3 ☐ No sé
4 ☐ No tomo ningún medicamento

5 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia lo/la mantuvo informado(a) el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia sobre **cuándo llegaría** a su hogar?

- 1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre

6 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia parecía estar **al tanto de toda la atención o tratamiento** que estaba recibiendo en el hogar?

- 1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre

7 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia **lo/la trató cuidadosamente** – por ejemplo, al llevarlo(a) de un lugar a otro o al cambiarle el vendaje?

- 1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre

8 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia le **explicó las cosas** de una manera que era fácil de entender?

- 1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre

9 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia le **escuchó con atención**?

- 1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre

10 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia le trató el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia con **cortesía y respeto**?

- 1 ☐ Nunca
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ La mayoría de las veces
- 4 ☐ Siempre

11 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia sintió que el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia **se preocupaba por usted como persona**?

- 1 ☐ Nunca
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ La mayoría de las veces
- 4 ☐ Siempre

12 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia le **proporcionó a su familia o amigos información o instrucciones** sobre su atención tanto como lo deseaba?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No
- 3 ☐ No sé
- 4 ☐ No quise ni necesité eso

13 En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia los servicios que recibió de esta agencia le han **ayudado a cuidar de su salud**?

- 1 ☐ Nunca
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ La mayoría de las veces
- 4 ☐ Siempre

14 Queremos saber cómo calificaría usted la calidad de la atención que le proporcionó el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia.

Usando un número de 0 a 10, donde 0 es el peor cuidado de la salud en el hogar posible y 10 es el mejor cuidado de la salud en el hogar posible, ¿qué número usaría **para calificar la atención** del personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia?

- ☐ 0 El peor cuidado de la salud en el hogar posible
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 El mejor cuidado de la salud en el hogar posible

SU AGENCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR

Las siguientes preguntas son sobre la oficina de [AGENCY NAME].

15 ¿Se ha comunicado con la **oficina** de esta agencia para pedir orientación o ayuda?

- 1 ☐ Sí
2 ☐ No → Si respondió que No, vaya a la pregunta 17

16 Cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió la orientación o ayuda que necesitaba?

- 1 ☐ Sí
2 ☐ No

17 ¿Recomendaría esta agencia a sus familiares o a sus amistades si ellos necesitaran cuidado de la salud en el hogar?

- 1 ☐ Definitivamente no
2 ☐ Probablemente no
3 ☐ Probablemente sí
4 ☐ Definitivamente sí

ACERCA DE USTED

Solo quedan algunas preguntas.

Si está respondiendo en nombre de un familiar o un(a) amigo(a) que recibió cuidado de la salud en el hogar, estas preguntas se refieren a esa persona, no a usted.

18 En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- 1 ☐ Excelente
2 ☐ Muy buena
3 ☐ Buena
4 ☐ Regular
5 ☐ Mala

19 En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional?

- 1 ☐ Excelente
2 ☐ Muy buena
3 ☐ Buena
4 ☐ Regular
5 ☐ Mala

20 ¿Vive usted solo(a)?

- 1 ☐ Sí
2 ☐ No

21 ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- 1 ☐ 8 años de escuela o menos
2 ☐ 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse
3 ☐ Graduado de “high school” (escuela secundaria), diploma de GED (escuela secundaria, preparatoria o su equivalente)
4 ☐ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
5 ☐ Título universitario de 4 años
6 ☐ Título universitario de más de 4 años

22 ¿A qué raza o etnicidad pertenece? Por favor marque una o más

- ¹ ☐ Indígena americana o nativa de Alaska
- ² ☐ Asiática
- ³ ☐ Negra o afroamericana
- ⁴ ☐ Hispana o Latina
- ⁵ ☐ De medio oriente o África del norte
- ⁶ ☐ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- ⁷ ☐ Blanca

23 ¿Principalmente qué idioma habla en el hogar?

- ¹ ☐ Inglés
 - ² ☐ Español
 - ³ ☐ Algún otro idioma: *(Por favor escriba en letra de imprenta.)*
-

24 ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- ¹ ☐ Sí
- ² ☐ No → **Si respondió que No, por favor, devuelva su encuesta completada en el sobre con timbre postal prepago.**

25 ¿En qué manera le ayudó esa persona? Marque todo lo que corresponda.

- ¹ ☐ Me leyó las preguntas
- ² ☐ Anotó mis respuestas
- ³ ☐ Respondió las preguntas por mí
- ⁴ ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma
- ⁵ ☐ Me ayudó de alguna otra manera: *(Por favor escriba en letra de imprenta.)*
- ⁶ ☐

Nadie me ayudó a completar esta encuesta

¡Muchas gracias!
Por favor, devuelva la encuesta completada en el sobre con timbre postal prepago.

居家健康护理 CAHPS[®] 调查问卷

20XX

OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN SIMPLIFIED CHINESE

调查问卷说明

- 请在答案左侧的框内勾选，以回答所有问题。
- 如果您是接受过居家健康护理服务的人作答，请尝试以他或她的视角回答问题。
- 有时您可以跳过本问卷中的某些问题。当出现这种情况时，您会看到一个箭头和说明，指引您下一步应回答的问题，如下所示：

☐ 是

☒ 否 → 如果否，请跳至问题 1。

您的居家健康护理

- 1 根据我们的记录，您曾从居家健康护理机构[AGENCY NAME]获得护理。是吗？
- 1 ☐ 是
- 2 ☐ 否 → 如否，请停止并将调查问卷放入提供的信封中寄回。

您从居家健康护理人员处获得的护理

接下来的问题是关于来自 [AGENCY NAME] 所有不同的工作人员。请勿包括您从其他居家健康护理机构工作人员处获得的护理。

- 2 当您刚开始从该机构接受居家健康护理时，该机构是否有人曾与您讨论过**协助提高居家安全的方法**？例如，他们可能建议在淋浴间安装扶手或清除绊倒的危险。

1 ☐ 是

2 ☐ 否

3 ☐ 我不知道

4 ☐ 我不需要居家庭安全的协助

- 3 该机构的工作人员是否曾经**审查过**您正在服用的**处方药和非处方药**？例如，他们可能要求您向他们展示您的药物，并与您讨论如何以及何时服用每种药物。

1 ☐ 是

2 ☐ 否

3 ☐ 我不知道

4 ☐ 我不服用任何药物

- 4 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否与您讨论过您的药物的任何**副作用**？

1 ☐ 是

2 ☐ 否

3 ☐ 我不知道

4 ☐ 我不服用任何药物

5 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常告知您**他们抵达您家的时间**？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

6 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否看来经常**了解您在家中接受的所有护理或治疗**？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

7 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常**细心地照顾您**——例如，在协助您移动或更换绷带时？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

8 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常以简单易懂的方式**向您解释事情**？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

9 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常**认真倾听您的意见**？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

10 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常**以礼貌和尊重的态度**对待您？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

11 在过去 2 个月的护理期间，您是否经常觉得该机构的居家健康护理人员**关心您这个人**？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

12 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否尽可能按照您的需求**向您的家人或朋友提供了有关您护理的信息或说明**？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否
3 ☐ 我不知道
4 ☐ 我不想要也不需要

13 在过去 2 个月的护理期间，您从该机构获得的服务是否经常**协助您照顾自己的健康**？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

14 我们想了解您对该机构居家健康护理人员所提供护理的评价。

请使用 0 到 10 的数字来评分，其中 0 代表最差的居家健康护理，10 代表最好的居家健康护理，您会用哪个数字来**评价该机构居家健康护理人员为您提供的护理**？

- ☐ 0 最糟糕的居家健康护理
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 最佳的居家健康护理

您的居家健康护理机构

接下来的问题是关于 [AGENCY NAME] 办公室的。

15 您是否曾联系过该机构的**办公室**寻求协助或建议？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否 → 如果否，请跳到 Q17。

16 当您联系该机构的**办公室**时，您是否得到了所需的协助或建议？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

17 如果您的家人或朋友需要居家健康护理，您是否会向他们推荐这家机构？

- 1 ☐ 绝对不会
2 ☐ 可能不会
3 ☐ 可能会
4 ☐ 绝对会

关于您的信息

只剩下几个问题了。

如果您代表接受居家健康护理的家人或朋友回答： 这些问题是关于那个人的，而不是关于您自己的。

18 总体而言，您如何评价您的整体健康状况？

- 1 ☐ 极佳
2 ☐ 非常好
3 ☐ 好
4 ☐ 一般
5 ☐ 差

19 总体而言，您会如何评价自己的整体心理或情绪健康状况？

- 1 ☐ 极佳
2 ☐ 非常好
3 ☐ 好
4 ☐ 一般
5 ☐ 差

20 您一个人住吗？

1 ☐ 是

2 ☐ 否

21 您的最高学历是什么？

1 ☐ 8 年级或更低

2 ☐ 上过高中，但未毕业

3 ☐ 高中毕业或同等学历 GED

4 ☐ 上过大学或拥有两年制学位

5 ☐ 四年制大学毕业

6 ☐ 超过四年制大学学位

22 您属于什么种族或民族？请选择一项或多项。

1 ☐ 印第安人或阿拉斯加原住民

2 ☐ 亚洲人

3 ☐ 黑人或非裔美国人

4 ☐ 西班牙裔或拉丁裔

5 ☐ 中东人或北非人

6 ☐ 夏威夷岛原住民或其他太平洋岛民

7 ☐ 白人

23 您在家里主要说什么语言？

1 ☐ 英语

2 ☐ 西班牙文

3 ☐ 其他一些语言：

(请填写。)

24 是否有人协助您完成本调查问卷？

1 ☐ 是

2 ☐ 否 → 如否，请将填妥的调查问卷放入已付邮资的信封内寄回。

25 他/她是如何协助您的？可多选。

1 ☐ 把问题读给我听

2 ☐ 填写我给出的答案

3 ☐ 替我回答问题

4 ☐ 将问题翻译成我的语言

5 ☐ 以其它方式协助：

(请填写。)

6 ☐ 没有人帮助我完成这项调查问卷

谢谢！

**请将填妥的调查问卷
放入已付邮资的信封内寄回。**

OMB #: 0938-1066
[OMB EXPIRATION DATE]

居家健康護理 CAHPS® 調查問卷

20XX

OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN TRADITIONAL CHINESE

調查問卷說明

- 通過勾選答案左側的方框，回答所有問題。
- 如果您代表接受居家健康護理者回答問題，請嘗試從對方的角度回答。
- 在本調查問卷中，有時您可以跳過某些問題。當出現這種情況時，您會看到一個箭頭和一個說明，告知您下一個要回答的問題，像這樣：

☐ 是

☒ 否 → 如果否，請前往問題 1。

您的居家健康護理

- 1 根據我們的記錄，您曾經從居家健康護理機構[AGENCY NAME] 獲得護理。是嗎？
- 1 ☐ 是
- 2 ☐ 否 → 如果否，請停止作答，並用提供的信封把問卷寄回給我們。

您從居家健康護理人員處獲得的護理

下面的這些問題是關於[AGENCY NAME]所有不同的工作人員。請勿包括您從其他居家健康護理機構的工作人員處獲得的護理。

- 2 當您剛開始從此機構獲得居家健康護理時，此機構是否有人曾與您討論過協助提升居家安全的方法？例如，此機構可能建議在淋浴室加裝扶手或移除絆倒的危險。
- 1 ☐ 是
- 2 ☐ 否
- 3 ☐ 不知道
- 4 ☐ 我不需要居家安全的協助
- 3 此機構是否有人審查過您正在服用的處方和非處方藥物？例如，此機構可能會要求您出示藥物，並向您說明如何以及何時服用每種藥物。
- 1 ☐ 是
- 2 ☐ 否
- 3 ☐ 不知道
- 4 ☐ 我沒有服用任何藥物
- 4 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否曾向您說明您藥物的任何副作用？
- 1 ☐ 是
- 2 ☐ 否
- 3 ☐ 不知道
- 4 ☐ 我沒有服用任何藥物

5 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常通知您**他們何時到您家**？

- 1 ☐ 從未
- 2 ☐ 有時
- 3 ☐ 經常
- 4 ☐ 始終

6 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否看來經常**了解**您在家中接受的**所有護理或治療**？

- 1 ☐ 從未
- 2 ☐ 有時
- 3 ☐ 經常
- 4 ☐ 始終

7 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常**細心地照顧您**，例如在協助您移動或更換繃帶時？

- 1 ☐ 從未
- 2 ☐ 有時
- 3 ☐ 經常
- 4 ☐ 始終

8 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常以簡單易懂的方式向您**解釋事情**？

- 1 ☐ 從未
- 2 ☐ 有時
- 3 ☐ 經常
- 4 ☐ 始終

9 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常**認真傾聽**您的意見？

- 1 ☐ 從未
- 2 ☐ 有時
- 3 ☐ 經常
- 4 ☐ 始終

10 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常以**禮貌和尊重**的態度對待您？

- 1 ☐ 從未
- 2 ☐ 有時
- 3 ☐ 經常
- 4 ☐ 始終

11 在過去 2 個月的護理期間，您是否經常感覺得此機構的居家健康護理人員**關心您這個人**？

- 1 ☐ 從未
- 2 ☐ 有時
- 3 ☐ 經常
- 4 ☐ 始終

12 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否盡量依照您的需求，**為您的家人或朋友提供有關您護理的資訊或說明**？

- 1 ☐ 是
- 2 ☐ 否
- 3 ☐ 不知道
- 4 ☐ 我不想要，也不需要

13 在過去 2 個月的護理期間，您從此機構獲得的服務是否經常協助您照顧好自己的健康？

- 1 ☐ 從未
2 ☐ 有時
3 ☐ 經常
4 ☐ 始終

14 我們想知道您對此機構的居家健康護理人員所提供的護理的評價。

使用從 0 到 10 的任何數字來評分，其中 0 表示最差的居家健康護理，10 表示最好的居家健康護理，您會用那個數字來評定您從此機構的居家健康護理人員那裡獲得的護理？

- ☐ 0 最差的居家健康護理
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 最好的居家健康護理

您的居家健康護理機構

下面的問題是關於[AGENCY NAME]的辦公室。

15 您是否曾聯絡此機構的辦公室，尋求協助或建議？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否 → 如果否，請前往問題 Q17。

16 當您聯絡此機構的辦公室時，您是否得到了所需的協助或建議？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

17 如果您的家人或朋友需要居家健康護理，您是否會向他們推薦此機構？

- 1 ☐ 絕對不會
2 ☐ 可能不會
3 ☐ 可能會
4 ☐ 絕對會

關於您本人

只剩下幾個問題了。

如果您代表接受居家健康護理的家人或朋友回答：這些問題是關於對方，而不是您的。

18 總體來說，您如何評定您的整體健康狀況？

- 1 ☐ 極好
2 ☐ 很好
3 ☐ 好
4 ☐ 一般
5 ☐ 差

19 總體來說，您如何評定您的整體精神或情緒健康狀況？

- 1 ☐ 極好
2 ☐ 很好
3 ☐ 好
4 ☐ 一般
5 ☐ 差

20 您是否獨居？

1 ☐ 是

2 ☐ 否

21 您已完成的最高級別或水平的年級或院校是什麼？

1 ☐ 8 年級或更低

2 ☐ 讀過高中，但未畢業

3 ☐ 高中畢業或 GED

4 ☐ 讀過大學或有 2 年制學位

5 ☐ 4 年制大學畢業

6 ☐ 4 年制大學以上學位

22 你的種族或族裔背景是什麼？請選一項或多項。

1 ☐ 美國印第安人或阿拉斯加土著

2 ☐ 亞洲人

3 ☐ 黑人或非裔美國人

4 ☐ 西班牙裔或拉丁裔

5 ☐ 中東人或北非人

6 ☐ 夏威夷土著或太平洋島嶼人

7 ☐ 白人

23 您在家主要講哪種語言？

1 ☐ 英語

2 ☐ 西班牙語

3 ☐ 其他語言：

(請用正楷填寫。)

24 是否有人協助您填寫本調查問卷？

1 ☐ 是

2 ☐ 否 → 如果否，請用郵資已付的信封把完成的調查問卷寄回給我們。

25 該人員是如何協助您的？勾選所有適用的選項。

1 ☐ 為我讀問題

2 ☐ 寫下我提供的答案

3 ☐ 幫我回答問題

4 ☐ 將問題譯成我的語言

5 ☐ 以其他方式協助：

(請用正楷填寫。)

6 ☐ 沒人協助我完成本調查問卷

謝謝您！

**請您用郵資已付的信封
把完成的調查問卷寄回給我們。**

OMB #: 0938-1066
[OMB EXPIRATION DATE]

ОПРОС О ДОМАШНЕМ МЕДИЦИНСКОМ УХОДЕ CAHPS®

20XX

OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN RUSSIAN

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.

- 2 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
- 3 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

4 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

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

- 1 ☐ Никогда
2 ☐ Иногда
3 ☐ Обычно
4 ☐ Всегда

6 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

7 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

8 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

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

- 1 ☐ Никогда
2 ☐ Иногда
3 ☐ Обычно
4 ☐ Всегда

10 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

11 Как часто за последние 2 месяца Вы чувствовали, что сотрудники этого агентства, оказывающие уход, **заботились о Вас**?

- 1 ☐ Никогда
2 ☐ Иногда
3 ☐ Обычно
4 ☐ Всегда

- 12 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

- 13 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

- 14 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].

- 15 Обращались ли Вы в **офис** этого агентства за помощью или консультацией?

1 ☐ Да
2 ☐ Нет → Если нет, то перейдите к В17.

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

- 1 ☐ Да
2 ☐ Нет

17 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.

18 В целом, как бы Вы оценили состояние своего здоровья?

- 1 ☐ Отличное
2 ☐ Очень хорошее
3 ☐ Хорошее
4 ☐ Удовлетворительное
5 ☐ Плохое

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

- 1 ☐ Отличное
2 ☐ Очень хорошее
3 ☐ Хорошее
4 ☐ Удовлетворительное
5 ☐ Плохое

20 Живете ли Вы одни?

- 1 ☐ Да
2 ☐ Нет

21 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

22 К какой расе или этнической группе Вы себя относите? Пожалуйста, выберите один или несколько пунктов.

- 1 ☐ Американские индейцы или коренные народы Аляски
2 ☐ Азиаты
3 ☐ Чернокожие или афроамериканцы
4 ☐ Латиноамериканцы
5 ☐ Коренные народы Ближнего Востока или Северной Африки
6 ☐ Коренные народы Гавайских островов или островов Тихого океана
7 ☐ Белые

- 23** На каком языке Вы обычно разговариваете дома?
- 1 ☐ На английском
- 2 ☐ На испанском
- 3 ☐ На другом языке: *(Заполнять печатными буквами.)*
-

- 24** Помогал ли Вам кто-нибудь пройти этот опрос?
- 1 ☐ Да
- 2 ☐ Нет → Если нет, то отправьте заполненный опросник в предоплаченном конверте.

- 25** 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.**

OMB #: 0938-1066
[OMB EXPIRATION DATE]

KHẢO SÁT CAHPS® VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ

20XX

OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN VIETNAMESE

HƯỚNG DẪN ĐIỀN KHẢO SÁT

- Trả lời mọi câu hỏi bằng cách tô tròn ở bên trái câu trả lời của quý vị.
- **Nếu quý vị đang trả lời cho người đã được chăm sóc sức khỏe tại gia**, vui lòng cố gắng trả lời các câu hỏi theo quan điểm của người đó.
- Đôi khi quý vị có thể bỏ qua một số câu hỏi trong cuộc khảo sát này. Trong trường hợp đó, quý vị sẽ thấy mũi tên kèm theo ghi chú cho biết cần trả lời câu hỏi nào tiếp theo, như sau:

☐ Có

☒ Không → Nếu Không, hãy chuyển đến Câu hỏi 1.

CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI GIA CHO QUÝ VỊ

- 1 Hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia [AGENCY NAME]. Có đúng như vậy không?

1 ☐ Có

2 ☐ Không → Nếu trả lời Không thì xin ngừng và gửi lại bản khảo sát vào bao thư để sẵn.

SỰ CHĂM SÓC MÀ QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC TỪ NHÂN VIÊN CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI GIA

Kế tiếp là các câu hỏi về mọi nhân viên của [AGENCY NAME]. Đừng gộp chung phần chăm sóc mà nhân viên của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia khác thực hiện cho quý vị.

- 2 Trong lần đầu tiên quý vị được cơ quan này chăm sóc sức khỏe tại gia, có người nào trong cơ quan nói về **những cách giúp làm cho ngôi nhà của quý vị an toàn hơn** chưa? Ví dụ, họ có thể đã đề nghị lắp thêm các thanh bám trong phòng tắm hoặc loại bỏ các nguy cơ vấp ngã.

1 ☐ Có

2 ☐ Không

3 ☐ Tôi không biết

4 ☐ Tôi không cần giúp đỡ về vấn đề an toàn nhà cửa

- 3 Có người nào trong cơ quan **xem các loại thuốc kê toa và không kê toa** mà quý vị đang dùng chưa? Ví dụ, họ có thể yêu cầu quý vị cho họ xem các loại thuốc của quý vị và nói chuyện với quý vị về cách thức và thời điểm dùng từng loại.

1 ☐ Có

2 ☐ Không

3 ☐ Tôi không biết

4 ☐ Tôi không dùng bất kỳ loại thuốc nào

- 4 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này có bàn với quý vị về những **phản ứng phụ** của các loại thuốc quý vị dùng không?

1 ☐ Có

2 ☐ Không

3 ☐ Tôi không biết

4 ☐ Tôi không dùng bất kỳ loại thuốc nào

5 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này có thường xuyên báo cho quý vị biết **lúc nào họ sẽ đến** nhà quý vị không?

- 1 ☐ Chưa bao giờ
- 2 ☐ thỉnh thoảng
- 3 ☐ Thường khi
- 4 ☐ Luôn luôn

6 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này có thường xuyên **nhận được tất cả các dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị** mà quý vị đang nhận tại nhà không?

- 1 ☐ Chưa bao giờ
- 2 ☐ thỉnh thoảng
- 3 ☐ Thường khi
- 4 ☐ Luôn luôn

7 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này có thường xuyên **chăm sóc quý vị cẩn thận** không - ví dụ: khi di chuyển quý vị hoặc thay băng?

- 1 ☐ Chưa bao giờ
- 2 ☐ thỉnh thoảng
- 3 ☐ Thường khi
- 4 ☐ Luôn luôn

8 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này có thường xuyên **giải thích mọi điều** theo cách dễ hiểu không?

- 1 ☐ Chưa bao giờ
- 2 ☐ thỉnh thoảng
- 3 ☐ Thường khi
- 4 ☐ Luôn luôn

9 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này có thường xuyên **chăm chú lắng nghe** quý vị không?

- 1 ☐ Chưa bao giờ
- 2 ☐ thỉnh thoảng
- 3 ☐ Thường khi
- 4 ☐ Luôn luôn

10 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này có thường xuyên đối xử **nhân hậu và tôn trọng** quý vị không?

- 1 ☐ Chưa bao giờ
- 2 ☐ thỉnh thoảng
- 3 ☐ Thường khi
- 4 ☐ Luôn luôn

11 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, quý vị có thường xuyên cảm thấy rằng người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này **quan tâm đến quý vị như là một người** không?

- 1 ☐ Chưa bao giờ
- 2 ☐ thỉnh thoảng
- 3 ☐ Thường khi
- 4 ☐ Luôn luôn

12 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này có **cung cấp cho gia đình hoặc bạn bè của quý vị thông tin hoặc hướng dẫn** về dịch vụ chăm sóc của quý vị nhiều như quý vị muốn không?

- 1 ☐ Có
- 2 ☐ Không
- 3 ☐ Tôi không biết
- 4 ☐ Tôi không muốn hoặc không cần điều này

- 13 Trong 2 tháng chăm sóc vừa qua, các dịch vụ quý vị nhận được từ cơ quan này có thường xuyên **giúp quý vị chăm sóc sức khỏe của mình** không?

- 1 ☐ Chưa bao giờ
2 ☐ Thỉnh thoảng
3 ☐ Thường khi
4 ☐ Luôn luôn

- 14 Chúng tôi muốn biết đánh giá của quý vị về công việc chăm sóc mà quý vị nhận được từ những người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này.

Tính theo thang điểm từ 0 tới 10, trong đó 0 là chăm sóc sức khỏe tại gia tệ nhất và 10 là chăm sóc sức khỏe tại gia tốt nhất, quý vị sẽ dùng số mấy để **đánh giá công việc chăm sóc** của người chăm sóc sức khỏe tại gia từ cơ quan này?

- ☐ 0 Chăm sóc sức khỏe tại gia tệ nhất
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 Chăm sóc sức khỏe tại gia tốt nhất

CƠ QUAN CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI GIA CHO QUÝ VỊ

Kế tiếp là các câu hỏi về văn phòng của [AGENCY NAME].

- 15 Quý vị có liên lạc với **văn phòng** của cơ quan này để được giúp đỡ hoặc khuyên bảo không?

- 1 ☐ Có
2 ☐ Không → Nếu trả lời Không thì chuyển sang Câu 17.

- 16 Khi liên lạc với văn phòng của cơ quan này, quý vị được giúp đỡ hoặc khuyên bảo đúng như mình cần không?

- 1 ☐ Có
2 ☐ Không

- 17 Nếu gia đình hoặc bạn bè cần chăm sóc sức khỏe tại gia thì quý vị có khuyên họ sử dụng dịch vụ của cơ quan này không?

- 1 ☐ Chắc chắn là không
2 ☐ Có lẽ là không
3 ☐ Có lẽ là có
4 ☐ Chắc chắn là có

NÓI VỀ QUÝ VỊ

Chỉ còn một vài câu hỏi nữa.

Nếu một thành viên gia đình hoặc bạn bè của quý vị đã được chăm sóc sức khỏe tại gia và quý vị đang trả lời thay mặt cho người đó: những câu hỏi này là về người đó, không phải về bản thân quý vị.

18 Nói chung quý vị đánh giá tình hình sức khỏe tổng quát của mình ra sao?

- 1 ☐ Tuyệt vời
- 2 ☐ Rất tốt
- 3 ☐ Tốt
- 4 ☐ Tạm được
- 5 ☐ Rất tệ

19 Nói chung quý vị đánh giá tình hình sức khỏe tinh thần hoặc tâm trạng tổng quát của mình ra sao?

- 1 ☐ Tuyệt vời
- 2 ☐ Rất tốt
- 3 ☐ Tốt
- 4 ☐ Tạm được
- 5 ☐ Rất tệ

20 Có phải quý vị sống riêng một mình không?

- 1 ☐ Có
- 2 ☐ Không

21 Quý vị đã học hết cấp bậc hay năm học cao nhất nào tại trường?

- 1 ☐ Lớp 8 trở xuống
- 2 ☐ Học vài năm trung học, nhưng chưa tốt nghiệp
- 3 ☐ Tốt nghiệp trung học hoặc có GED (Chứng Chỉ Tương Đương)
- 4 ☐ Học vài năm đại học hoặc có bằng cấp 2 năm
- 5 ☐ Tốt nghiệp đại học 4 năm
- 6 ☐ Cao hơn trình độ đại học 4 năm

22 Quý vị thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào? Xin chọn một hoặc một số các chủng tộc hoặc sắc tộc sau đây.

- 1 ☐ Người Mỹ bản xứ hoặc người bản xứ Alaska
- 2 ☐ Người Á đông
- 3 ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi Châu
- 4 ☐ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh
- 5 ☐ Người Trung Đông hoặc Bắc Phi
- 6 ☐ Người bản xứ Hạ Uy Di hoặc người thuộc các Quần đảo Thái Bình Dương
- 7 ☐ Người da trắng

23 Quý vị thường nói thứ tiếng nào khi ở nhà?

- 1 ☐ Tiếng Anh
- 2 ☐ Tiếng Tây Ban Nha
- 3 ☐ Ngôn ngữ khác: (Nên viết bằng chữ in.)

24 Có người nào giúp quý vị điền bản khảo sát này không?

- 1 ☐ Có
- 2 ☐ Không → Nếu trả lời Không thì xin gửi lại bản khảo sát đã điền vào bao thư đã trả bưu phí.

- 25** Người đó giúp quý vị như thế nào? Chọn mọi câu thích hợp.
- ¹ ☐ Đọc câu hỏi cho tôi nghe
 - ² ☐ Ghi lại câu trả lời của tôi
 - ³ ☐ Trả lời câu hỏi dùm tôi
 - ⁴ ☐ Dịch câu hỏi ra ngôn ngữ của tôi
 - ⁵ ☐ Giúp theo cách khác: *(Nên viết bằng chữ in.)*
-
- ⁶ ☐ Không một người nào giúp tôi điền bản khảo sát này

Xin cảm ơn quý vị!

Vui lòng gửi lại bản khảo sát đã điền vào bao thư đã trả bưu phí.

**ՏՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ
ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
CAHPS® ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ**

20XX

OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN ARMENIAN

ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻՎԸ ԼՐԱՑՆԵԼՈՒ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ

- Պատասխանեք բոլոր հարցերին՝ նշելով ձեր պատասխանի ձախ կողմում գտնվող վանդակը:
- Եթե դուք պատասխանում եք տնային առողջական խնամք ստացած ինչ-որ մեկի փոխարեն, ապա խնդրում ենք փորձել պատասխանել հարցերին նրա տեսանկյունից:**
- Երբեմն դուք կարող եք բաց թողնել որոշ հարցեր այս հարցման մեջ: Նման դեպքերում կտեսնեք նշումով սլաք, որը ցույց կտա ձեզ ուղղված հաջորդ հարցը, օրինակ՝

☐ Այո

☒ Ոչ → **Եթե ոչ, ապա անցեք Հ1:**

ՁԵՐ ՏՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԸ

- 1** Մեր գրառումների համաձայն, դուք խնամք եք ստացել [AGENCY NAME] տնային առողջական խնամքի գործակալությունից: Արդյո՞ք դա ճիշտ է:

¹ ☐ Այո

² ☐ Ոչ → **Եթե ոչ, խնդրում ենք դադարեցնել լրացնելը և վերադարձնել հարցումը տրամադրված ծրարով:**

ՁԵՐ ԽՆԱՄՔԸ ՏՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԻՑ

Այս հաջորդ հարցերը վերաբերում են [AGENCY NAME]-ի բոլոր տարբեր անձնակազմներին: Մի՛ ներառեք մեկ այլ տնային առողջական գործակալության բուժանձնակազմից ստացած խնամքը:

- 2** Երբ սկսեցիք տնային առողջական խնամք ստանալ այս գործակալությունից, գործակալության բուժանձնակազմից, որևէ մեկը հայտնե՞ց ձեր տունն ավելի անվտանգ դարձնելու միջոցների մասին: Օրինակ, գուցե առաջարկել են ցնցուղի տակ բռնվելու համար ձողեր տեղադրել, կամ հեռացնել սայթաքման վտանգները:

¹ ☐ Այո

² ☐ Ոչ

³ ☐ Չգիտեմ

⁴ ☐ Ես օգնության կարիք չունեի տան անվտանգության հարցում

- 3** Գործակալությունից որևէ մեկը երբևէ վերանայե՞լ է ձեր կողմից ընդունվող դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի դեղերը: Օրինակ, խնդրել են ձեզ ցույց տալ ձեր դեղերը և խոսել են ձեզ հետ դրանցից յուրաքանչյուրի ընդունման մասին:

¹ ☐ Այո

² ☐ Ոչ

³ ☐ Չգիտեմ

⁴ ☐ Ես ոչ մի դեղամիջոց չեմ ընդունում

- 4** Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը խոսե՞լ է ձեզ հետ ձեր դեղերի որևէ կողմնակի ազդեցության մասին:

¹ ☐ Այո

² ☐ Ոչ

³ ☐ Չգիտեմ

⁴ ☐ Ես ոչ մի դեղամիջոց չեմ ընդունում

5 Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է ձեզ տեղեկացրել, թե **երբ են նրանք ժամանելու** ձեր տուն:

- ¹ ☐ Երբեք
² ☐ Երբեմն
³ ☐ Սովորաբար
⁴ ☐ Միշտ

6 Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է **տեղյակ եղել տանը ստացած ձեր ամբողջ խնամքի կամ բուժման մասին:**

- ¹ ☐ Երբեք
² ☐ Երբեմն
³ ☐ Սովորաբար
⁴ ☐ Միշտ

7 Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է **հոգատարությամբ վերաբերվել ձեզ**, օրինակ՝ ձեզ տեղափոխելիս կամ վիրակապ փոխելիս:

- ¹ ☐ Երբեք
² ☐ Երբեմն
³ ☐ Սովորաբար
⁴ ☐ Միշտ

8 Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է **բացատրել իրերը** հեշտ, հասկանալի ձևով:

- ¹ ☐ Երբեք
² ☐ Երբեմն
³ ☐ Սովորաբար
⁴ ☐ Միշտ

9 Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է **ուշադիր լսել** ձեզ:

- ¹ ☐ Երբեք
² ☐ Երբեմն
³ ☐ Սովորաբար
⁴ ☐ Միշտ

10 Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է ձեզ **քաղաքավարությամբ և հարգանքով** վերաբերվել:

- ¹ ☐ Երբեք
² ☐ Երբեմն
³ ☐ Սովորաբար
⁴ ☐ Միշտ

11 Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում որքա՞ն հաճախ եք զգացել, որ գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը **հոգ է տանում ձեր մասին՝ որպես մարդ:**

- ¹ ☐ Երբեք
² ☐ Երբեմն
³ ☐ Սովորաբար
⁴ ☐ Միշտ

12 Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը **ձեր ընտանիքին կամ ընկերներին տրամադրե՞լ** է ձեր խնամքի վերաբերյալ այնքան **տեղեկատվություն կամ հրահանգներ**, որքան ցանկանում էիք:

- ¹ ☐ Այո
- ² ☐ Ոչ
- ³ ☐ Չգիտեմ
- ⁴ ☐ Ես չեի ուզում և դրա կարիքը չունեի

13 Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում որքա՞ն հաճախ են այս գործակալությունից ստացած ծառայություններն **օգնել ձեզ հոգալ ձեր առողջության մասին**:

- ¹ ☐ Երբեք
- ² ☐ Երբեմն
- ³ ☐ Սովորաբար
- ⁴ ☐ Միշտ

14 Մենք ցանկանում ենք իմանալ ձեր գնահատականն այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմի կողմից ձեզ մատուցած խնամքի ծառայության համար:

Օգտագործելով 0-ից մինչև 10-ը ցանկացած թիվ, որտեղ 0-ն հնարավոր ամենավատ տնային առողջական խնամքն է, իսկ 10-ը՝ հնարավոր լավագույն տնային առողջական խնամքը, ո՞ր թիվը կօգտագործեիք այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմի կողմից **ձեզ մատուցված խնամքը գնահատելու** համար:

- ☐ 0 Վատթարագույն հնարավոր տնային առողջական խնամքը
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Լավագույն հնարավոր տնային խնամքը

ՁԵՐ ՏՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆ

Հաջորդ հարցերը վերաբերում են [AGENCY NAME] գրասենյակին:

15 Դուք դիմե՞լ եք այս գործակալության **գրասենյակ** օգնության կամ խորհրդատվության համար:

- ¹ ☐ Այո
- ² ☐ Ոչ ➔ Եթե ոչ, անցեք Հ17.

16 Գործակալության գրասենյակ դիմելիս ստացա՞ք ձեզ անհրաժեշտ օգնությունը կամ խորհուրդը:

¹ ☐ Այո

² ☐ Ոչ

17 Պետք լինելու դեպքում ձեր ընտանիքի անդամներին կամ ընկերներին խորհուրդ կտա՞ք օգտվել այս գործակալության տնային առողջական խնամքի ծառայություններից:

¹ ☐ Միանշանակ ոչ

² ☐ Հավանաբար ոչ

³ ☐ Հավանաբար այո

⁴ ☐ Միանշանակ այո

ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ

Մնացել է ընդամենը մի քանի հարց:

Եթե դուք պատասխանում եք ընտանիքի անդամի կամ ընկերոջ անունից, ով ստացել է տնային առողջական խնամքի ծառայություն, ապա այս հարցերը վերաբերում են տվյալ անձին, այլ ոչ թե ձեզ:

18 Ընդհանուր առմամբ, ինչպե՞ս կգնահատեք ձեր ընդհանուր առողջական վիճակը:

¹ ☐ Գերազանց

² ☐ Շատ լավ

³ ☐ Լավ

⁴ ☐ Բավարար

⁵ ☐ Վատ

19 Ընդհանուր առմամբ, ինչպե՞ս կգնահատեք ձեր ընդհանուր մտավոր կամ հուզական առողջական վիճակը:

¹ ☐ Գերազանց

² ☐ Շատ լավ

³ ☐ Լավ

⁴ ☐ Բավարար

⁵ ☐ Վատ

20 Դուք միայնա՞կ եք ապրում:

¹ ☐ Այո

² ☐ Ոչ

21 Ո՞րն է ձեր ավարտած կրթական հաստատության ամենաբարձր դասարանը կամ մակարդակը:

¹ ☐ 8-րդ դասարան կամ ցածր

² ☐ Ավագ դպրոց, բայց չեմ ավարտել

³ ☐ Ավագ դպրոցի շրջանավարտ կամ GED հավաստագիր ունեցող

⁴ ☐ Քոլեջ կամ 2-ամյա ծրագրի շրջանավարտ

⁵ ☐ 4-ամյա քոլեջի շրջանավարտ

⁶ ☐ 4-ամյա քոլեջի ծրագրից բարձր

- 22** Ուսանողական կամ ազգային պատկանելություն. խնդրում ենք նշել առնվազն մեկը:
- ¹ ☐ ամերիկյան հնդկացի կամ Այասկայի բնիկ
 - ² ☐ ասիացի
 - ³ ☐ սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի
 - ⁴ ☐ իսպանախոս կամ լատինամերիկացի
 - ⁵ ☐ Մերձավոր Արևելքի կամ Հյուսիսային Աֆրիկայի բնակիչ
 - ⁶ ☐ բնիկ հավայացի կամ իսադադովկիանոսյան կղզիների բնակիչ
 - ⁷ ☐ սպիտակամորթ
- 23** Ի՞նչ լեզվով եք հիմնականում խոսում տանը:
- ¹ ☐ Անգլերեն
 - ² ☐ Իսպաներեն
 - ³ ☐ Այլ լեզու. (տպատառ նշեք):
-

- 24** Ինչ-որ մեկն օգնե՞լ է ձեզ լրացնել այս հարցումը:
- ¹ ☐ Այո
 - ² ☐ Ոչ ➔ **Եթե ոչ, խնդրում ենք վերադարձնել ձեր լրացրած հարցումը փոստային վճարովի ծրարի մեջ:**
- 25** Ինչպե՞ս է այդ անձը օգնել ձեզ: Նշեք բոլոր համապատասխան վանդակները:
- ¹ ☐ Հարցերը կարդացել է ինձ համար
 - ² ☐ Գրառել է պատասխաններս
 - ³ ☐ Իմ փոխարեն պատասխանել է հարցերին
 - ⁴ ☐ Հարցերը թարգմանել է իմ լեզվով
 - ⁵ ☐ Օգնել է այլ կերպ. (տպատառ նշեք):
-
- ⁶ ☐ Այս հարցաթերթիկը լրացնելիս ինձ ոչ ոք չի օգնել

Ծնորհակալություն

Լրացված հարցաթերթիկը խնդրում ենք վերադարձնել կից տրամադրվող

նախապես վճարված ծրարով: