

استطلاع تجارب المرضى الحاصلين على رعاية أولية

[NAME OF OFFICE/CLINIC] استطلاع تجارب المرضى

ندعوك للمشاركة في هذا الاستطلاع لأنك قمت مؤخرًا بزيارة إلى [NAME OF OFFICE/ CLINIC]. سوف تساعدنا إجاباتك على الأسئلة في هذا الاستطلاع على تحسين الرعاية التي نقدمها. يتكون الاستطلاع من ستة أقسام، ويستغرق استكمالها 5 دقائق تقريبًا.

المشاركة في هذا الاستطلاع طوعية تمامًا وسوف يتم الاحتفاظ بسرية جميع الإجابات على أسئلة الاستطلاع.

A. هل تكمل هذا الاستطلاع بنفسك أو نيابة عن شخص آخر؟

أنا أكمل هذا الاستطلاع بنفسي.

أنا أكمل هذا الاستطلاع نيابة عن شخص آخر.

B. إذا كنت تكمل هذا الاستطلاع نيابة عن شخص آخر، من هو الشخص الذي تكمل الاستطلاع نيابة عنه؟

أنا أكمل الاستطلاع نيابة عن أحد أفراد العائلة أو صديق.

أنا أكمل هذا الاستطلاع نيابة عن مريض أو عميل.

آخر (حدّد من فضلك صلة القرابة مع المريض، وليس اسمك): _____

القسم 1: الاتصال بنا

- Q1** كيف كان ترتيب الموعد لآخر زيارة قمت بها؟
 لم أحصل على موعد - دخلت فقط (انتقل إلى السؤال 2b)
 اتصلت ورتبت الموعد.
 أرسلت رسالة بريد إلكتروني ورتبت الموعد.
 رتبت الموعد في آخر زيارة لي.
 أنتم اتصلتم بي لترتيب موعد.
 آخر (حدد من فضلك): _____

ممتاز	جيد جدًا	جيد	مقبول	رديء	2Q
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	a. المدة الزمنية المستغرقة بين ترتيب موعدك والزيارة التي قمت بها للتو.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	b. تجربتك بوجه عام حول الوصول إلى المكتب/العيادة

القسم 2: الوصول إلى والانتظار في المكتب/العيادة

ما زال الموضوع يتعلق بزيارتك الأخيرة...

ممتاز	جيد جدًا	جيد	مقبول	رديء	3Q
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	a. المدة الزمنية التي في قاعة الاستقبال/الانتظار.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	b. تجربتك بوجه عام مع موظفي الاستقبال.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	c. المدة الزمنية التي كان عليك أن تمضيها في غرفة المعايينة قبل أن تتحدث مع مزود الرعاية الصحية حول سبب زيارتك

القسم 3: موعدك

ما زال الموضوع يتعلق بزيارتك الأخيرة...

ممتاز	جيد جدًا	جيد	مقبول	رديء	4Q
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	a. كان يعرف عن تاريخك الطبي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	b. استمع لمخاوفك.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	c. تحدث بلغة كان بإمكانك أن تفهمها.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	d. وضّح أشياء بطريقة كان يسهل فهمها.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	e. كان متعاطفًا مع الاحتياجات والأولويات.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	f. تعامل معك باحترام وتقدير.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	g. قدم لك تعليمات واضحة حول ما يلزمك القيام به بعد الزيارة.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	h. تجربتك بوجه عام في التحدث مع مزود الرعاية الصحية حول سبب زيارتك.

القسم 4: تجربتك بوجه عام في آخر زيارة لك

ممتاز	جيداً	جيد	مقبول	رديء	5Q
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	المواعيد النهائية للمكتب/العيادة بوجه عام
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الراحة المادية في المكتب/العيادة بوجه عام.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ثقتك بالطبيب/مزود (مزودي) الرعاية الصحية الذين قابلتهم أثناء الزيارة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ثقتك بأن معلوماتك الصحية كان يتم التعامل معها بمستوى الخصوصية الذي تتوقعه.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تجربتك بوجه عام في الزيارة التي قمت بها إلينا.

القسم 5: تجاربك في زيارتنا في السنة الماضية تقريباً.

أول سؤالين في الأسفل مشابهان للسؤالين الذين تم طرحهما من قبل. ومع ذلك، بدلاً من التفكير بزيارتك الأخيرة، نريد منك أن تفكر بطريقة أوسع... حول تجاربك معنا في السنة الماضية تقريباً.

6Q		آخر مرة كنت مريضاً أو قلقاً من مشكلة صحية...
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	a. هل حصلت على موعد في التاريخ الذي ترغب فيه.
<input type="radio"/> نفس اليوم <input type="radio"/> اليوم التالي <input type="radio"/> 2-19 يوماً (أدخل عدد الأيام: _____) <input type="radio"/> 20 يوماً أو أكثر <input type="radio"/> غير مطبق (لا يعرف/ارفض)		b. كم يوماً مضى من أول محاولة لك لزيارة الطبيب أو الممرض الممارس وحتى الزيارة الفعلية للطبيب/الممرض أو شخص آخر في مكتبه؟

دائماً	غالباً	أحياناً	نادرًا	أبداً	7Q
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	عندما قابلت طبيبك أو الممرض الممارس، كم مرة كانوا هم أو شخص آخر في المكتب...؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	a. يمنحك فرصة لتوجيه أسئلة حول علاج موسى به.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	b. يشاركك بقدر ما تريد لاتخاذ قرارات حول رعايتك وعلاجك.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	c. يمضي وقتاً كافياً معك.

8Q		في السنة الماضية تقريباً...
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	a. هل تلقيت رعاية من مزود (مزودي) رعاية صحية في مكان غير هذا المكان؟
(انتقل إلى السؤال 5.5)	(السؤال 5.4)	

دائماً	غالباً	أحياناً	نادرًا	أبداً	9Q
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	فيما يتعلق بمزود (مزودي) الرعاية الصحية الذين قمت بزيارتهم في أماكن مختلفة وتلقيت رعاية صحية في السنة الماضية تقريباً، كم مرة...؟

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	a. كان كل واحد منهم يبدو بأنه على علم بتاريخك الطبي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	b. كان كل واحد منهم يبدو بأن لديه نتائج فحوصاتك ومعاينتك. الأخيرة؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	c. كانوا متوافقين فيما أخبروك عنه حول رعايتك وعلاجك.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	d. كان يبدو أنهم يعملون معًا كما ينبغي في تقديم الرعاية لك.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10Q	حول مسألة أخرى، في آخر مرة كنت بحاجة لرعاية طبية في المساء أو في عطلة نهاية الأسبوع أو في يوم عطلة رسمية، كم كان مدى سهولة حصولك على الرعاية بدون الذهاب إلى قسم الطوارئ؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		صعب للغاية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		صعب نوعًا ما
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		سهل نوعًا ما
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		سهل للغاية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		غير مطبق

القسم 6: الحالة/الخصائص السكانية

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11Q	عمومًا، كيف تقيّم وضعك الصحي بوجه عام؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		رديء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		مقبول
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		جيد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		جيد جدًا
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ممتاز

12Q كم مدة زيارتك لنا من أجل الرعاية الصحية

- أقل من ستة شهور
- بين ستة شهور وسنة
- بين شهر واحد وثلاث سنوات
- بين ثلاثة شهور وخمس سنوات
- أكثر من خمس سنوات

13Q باستخدام أفضل تخمين لديك، كم مرة قمت بزيارتنا في السنة الماضية تقريبًا من أجل الرعاية الطبية الخاصة بك؟

- مرة واحدة
- مرتان
- ثلاث مرات
- أربع مرات
- خمس مرات أو أكثر

14Q هل توصي بخدماتنا لأفراد عائلتك أو أصدقائك؟ أشر على دائرة واحدة فقط.

- بالتأكيد لا
- على الأرجح لا
- على الأرجح نعم
- بالتأكيد نعم

إذا رغبت بتقديم ملاحظات إضافية،
من فضلك، استخدم المساحة في الأسفل.

ملاحظات (اختياري)

فيما يتعلق بتجربتك مع المكتب/العيادة بوجه عام، ما هما ...؟

a. الشيطان اللذان تم تنفيذهما كما ينبغي على نحو خاص:

1.

2.

b. الشيطان اللذان يمكن تحسينهما؟

1.

2.

هل يوجد أي معلومات إضافية أو ملاحظات ترغب بمشاركتها معنا والتي يمكن أن تساعدنا على تحسين الطريقة التي نقدم بها الرعاية؟

شكراً لك على إكمال استطلاعنا