**Опросник пациента, получающего первичную медицинскую помощь**

**ОПРОСНИК ПАЦИЕНТА [NAME OF CENTRE]**

Вас приглашают принять участие в этом опросе, потому что Вы недавно посетили [NAME OF CENTRE]. Ваши ответы на вопросы данного опроса помогут нам улучшить обслуживание. Опрос состоит из шести разделов и занимает около 5 минут.

Участие в опросе является добровольным, и все Ваши ответы на вопросы будут конфиденциальными.

**А. Вы заполняете этот опрос от своего имени или от имени другого лица?**

🌕 Я заполняю опрос от своего имени

🌕 Я заполняю опрос от имени другого лица

**B. Если Вы заполняете опрос от имени другого лица, укажите, кто это.**

🌕 Я заполняю от имени члена семьи или друга

🌕 Я заполняю от имени пациента или клиента

🌕 Другое *(пожалуйста, укажите, какое отношение Вы имеете к пациенту, но не указывайте свое имя):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Раздел 1. Обращение в наш центр**

**Q1.** Как Вам назначили Ваш последний прием?

🌕 У меня не был назначен прием – я просто пришел(-ла) в центр **(ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ Q2b)**

🌕 Я позвонил(-ла), и мне назначили время

🌕 Я отправил(-ла) электронное сообщение, и мне назначили время

🌕 Мне назначили время на последнем приеме

🌕 Мне позвонил представитель центра и назначил прием

🌕 Другое *(пожалуйста, укажите):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q2.** | **Подумайте о Вашем последнем приеме и оцените следующее по шкале от «плохо» до «отлично».** | Плохо | Удовлетворительно | Хорошо | Очень хорошо | Отлично |
| a. | Время между обращением для назначения приема и датой приема. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Ваши общие впечатления о доступности центра | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Раздел 2. Прибытие и ожидание в центре**

**Говоря о Вашем последнем приеме...**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q3.** | **Как бы Вы оценили следующее по шкале от «плохо» до «отлично»?** | Плохо | Удовлетворительно | Хорошо | Очень хорошо | Отлично |
| a. | Время ожидания в приемной/зоне ожидания | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Ваши общие впечатления о работе нашей регистратуры | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Время ожидания в кабинете врача до разговора со специалистом о цели Вашего посещения | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Раздел 3. Ваш прием**

**Говоря о Вашем последнем приеме...**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q4.** | **Говоря об ОСНОВНОМ специалисте, с которым Вы разговаривали во время приема, оцените следующее по шкале от «плохо» до «отлично».** | Плохо | Удовлетворительно | Хорошо | Очень хорошо | Отлично |
| a. | Он знал Вашу историю болезни | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Он выслушал Ваши жалобы | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Он говорил на понятном языке | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Он предоставил доступные объяснения | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | Он внимательно отнесся к Вашим потребностям и предпочтениям | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| f. | Он обращался с Вами достойно и с уважением | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| g. | Он предоставил Вам четкие инструкции о том, что Вам следует делать после приема | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| h. | Ваше общее впечатление от общения со специалистом относительно причины Вашего посещения | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Раздел 4. Ваше общее впечатление о последнем приеме**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q5.** | **Подумайте о Вашем последнем приеме и оцените следующее по шкале от «плохо» до «отлично».** | Плохо | Удовлетворительно | Хорошо | Очень хорошо | Отлично |
| a. | Общая чистота центра | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Общий физический комфорт в центре | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Ваше доверие к врачу/специалисту, с которым Вы общались во время последнего приема | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Ваша уверенность в том, что Ваша медицинская информация использовалась с той степенью конфиденциальности, которую Вы ожидали | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | Ваше общее впечатление о посещении нашего центра | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Раздел 5. Ваши впечатления о посещении нашего центра за последний год или менее/более длительный период**

Первые несколько вопросов аналогичны тем, на которые Вы отвечали ранее. Однако вместо последнего приема мы просим Вас подумать о впечатлении, которое создалось у Вас на основе посещений **ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ИЛИ МЕНЕЕ/БОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Q6.** | **В последний раз, когда Вы были больны или у Вас возникла медицинская проблема...** | | |
| a. | Назначили ли Вам прием на желаемую дату? | 🌕 Да | 🌕 Нет |
| b. | Сколько дней прошло с тех пор, как Вы впервые попытались попасть на прием к врачу или медсестре, до того, как Вы фактически ПОПАЛИ на прием к нему/ней или кому-либо другому в его/ее кабинете? | 🌕 Попал(-а) в тот же день  🌕 Попал(-а) на следующий день  🌕 2-19 дней  (укажите количество дней: \_\_\_\_\_)  🌕 20 дней или более  🌕 Неприменимо (не знаю/отказываюсь отвечать) | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q7.** | **Когда Вы находитесь на приеме у Вашего врача или медсестры, как часто он/она или кто-либо еще в их кабинете…** | Никогда | Редко | Иногда | Часто | Всегда |
| a. | Дают Вам возможность задать вопросы о рекомендуемом лечении | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | В достаточной для Вас степени привлекают Вас к принятию решения о Вашем уходе и лечении | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Уделяют Вам достаточно времени | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Q8.** | **За последний год или менее/более длительный период...** | | |
| a. | Получали ли Вы медицинское обслуживание в другом месте, **помимо данного центра?** | 🌕 Да  **(Перейдите к Q5.4)** | 🌕 Нет  **(ПЕРЕЙДИТЕ к Q5.5)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q9.** | **Говоря о медицинских специалистах, которых Вы посетили в различных центрах за последний год или менее/более длительный период, как часто....** | Никогда | Редко | Иногда | Часто | Всегда |
| a. | Они знали Вашу историю болезни | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | У них были свежие результаты анализов или обследований | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Они были последовательны в рекомендациях относительно Вашего ухода и лечения | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Они эффективно сотрудничали по вопросу ухода за Вами | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q10.** | **Насколько легко Вы получили медицинскую помощь без обращения в отделение скорой помощи в последний раз, когда она понадобилась Вам вечером, на выходных или в праздничные дни?** | Очень тяжело 🌕 | Достаточно тяжело 🌕 | Достаточно легко 🌕 | Очень легко 🌕 | Неприменимо 🌕 |

**Раздел 6. Контекст/демографические данные**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q11.** | Как бы Вы в целом оценили состояние своего здоровья? | Плохое 🌕 | Удовлетворительное 🌕 | Хорошее 🌕 | Очень хорошее 🌕 | Отличное 🌕 |

**Q12.** В течение какого времени Вы посещаете наш центр для получения медицинского обслуживания?

🌕 Менее шести месяцев

🌕 От шести месяцев до года

🌕 От одного года до трех лет

🌕 От трех до пяти лет

🌕 Более пяти лет

**Q13.** Укажите приблизительно, сколько раз Вы посещали наш центр за последний год или менее/более длительный период для собственного медицинского обслуживания?

🌕 Один

🌕 Два

🌕 Три

🌕 Четыре

🌕 Пять или более

**Q14.** Вы бы порекомендовали наши услуги Вашей семье или друзьям? Выберите только **ОДИН** вариант ответа.

🌕 Определенно нет

🌕 Вероятно нет

🌕 Вероятно да

🌕 Определенно да

**Если Вы хотите оставить отзыв,**

**используйте строки ниже:**

**ОТЗЫВ (ПО ЖЕЛАНИЮ)**

Говоря об общем впечатлении от нашего центра, назовите...

а. Два аспекта, которые Вам особенно понравились:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Два аспекта, которые можно улучшить:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Можете ли Вы предоставить дополнительную информацию или оставить отзыв, который помог бы нам улучшить обслуживание?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Благодарим Вас за заполнение опросника.**