

استبيان HCAHPS

تعليمات الاستبيان

- ◆ يجب عليك فقط تعبئة هذا الاستبيان إذا كنت أنت المريض أثناء فترة الإقامة بالمستشفى المذكور في الخطاب التعريفي. لا تقم بتعبئة هذا الاستبيان إذا لم تكن أنت المريض.
- ◆ أجب على جميع الأسئلة بوضع علامة في المربع الموجود على يمين إجابتك.
- ◆ سيطلب منك أحياناً تخطي بعض الأسئلة في هذا الاستبيان. عندما يحدث هذا، سترى سهمًا به ملاحظة تخبرك بالسؤال الذي يجب الإجابة عليه بعد ذلك، مثل:

نعم لا ← إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى السؤال 1

قد تلاحظ وجود رقم في الاستبيان. يُستخدم هذا الرقم لإعلامنا إذا قمت بإعادة استبيانك إلينا حتى لا نضطر إلى إرسال رسائل تنكير إليك.
يُرجى ملاحظة ما يلي: الأسئلة من 1 إلى 29 في هذا الاستبيان هي جزء من مبادرة وطنية لقياس جودة الرعاية في المستشفيات. رقم ضبط مكتب الإدارة والميزانية 0938-0981 (تنتهي صلاحيته في 30 سبتمبر 2024)

يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية عن إقامتك في المستشفى المذكور في الخطاب التعريفي. ولا تقم بتضمين أي إقامات بمستشفيات أخرى في إجاباتك.

الرعاية المُقدّمة لك من طاقم التمريض

1. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل معاملة طاقم التمريض لك بلطف واحترام؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

2. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل استماع طاقم التمريض لك بعناية؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

3. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل شرح طاقم التمريض الأمور لك بأسلوب مُبسّط؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

4. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، بعد الضغط على زر الاستدعاء، ما معدّل حصولك على المساعدة بمجرد رغبتك في ذلك؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً
9 لم أضغط على زر الاستدعاء مطلقاً

تجاربك في هذا المستشفى

الرعاية المُقدّمة لك من الأطباء

5. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل معاملة الأطباء لك بلطف واحترام؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

6. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل استماع الأطباء لك بعناية؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

7. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل قيام الأطباء بشرح الأمور لك بأسلوب مبسّط؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

بيئة المستشفى

8. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل المحافظة على نظافة غرفتك وحمّامك؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

9. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل الحفاظ على الهدوء بالمنطقة المحيطة بغرفتك ليلاً؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

10. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل احتجت إلى مساعدة من طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى للذهاب إلى الحمام أو في استخدام نونية السرير؟

- 1 نعم
2 لا ← إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى السؤال 12

11. ما معدّل حصولك على مساعدة للذهاب إلى الحمام أو استخدام نونية السرير في أقرب وقت تريد فيه المساعدة؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

12. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تلقيت أي دواء لم تتناوله من قبل؟

- 1 نعم
2 لا ← إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى السؤال 15

13. قبل إعطائك أي دواء جديد، ما معدّل قيام طاقم المستشفى بإخبارك بالغرض من الدواء؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

14. قبل إعطائك أي دواء جديد، ما معدّل قيام طاقم المستشفى بوصف الآثار الجانبية المحتملة بأسلوب مبسّط؟

- 1 مطلقاً
2 أحياناً
3 عادةً
4 دائماً

التقييم العام للمستشفى

يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية حول إقامتك في المستشفى المذكور في الخطاب التعريفي. ولا تقم بتضمين أي إقامات بمستشفيات أخرى في إجاباتك.

18. باستخدام أي رقم من 0 إلى 10، حيث يعني الرقم 0 "أسوأ مستشفى ممكن" ويعني الرقم 10 "أفضل مستشفى ممكن"، ما هو الرقم الذي ستستخدمه لتقييم هذا المستشفى أثناء مدة إقامتك؟

- 0 0 أسوأ مستشفى
1 1
2 2
3 3
4 4
5 5
6 6
7 7
8 8
9 9
10 10 أفضل مستشفى

19. هل توصي أصدقاءك وعائلتك بهذا المستشفى؟

- 1 بالتأكيد لا
2 على الأرجح لا
3 على الأرجح نعم
4 بالتأكيد نعم

فهم رعايتك
عند مغادرتك للمستشفى

20. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، أخذ الموظفون في الحسبان تفضيلاتي وتفضيلات عائلتي أو مقدم الرعاية عند تحديد احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بي عند مغادرتي.

- 1 أختلف بشدة
2 أختلف
3 أتفق
4 أتفق بشدة

عند مغادرتك للمستشفى

15. بعد أن غادرت المستشفى، هل ذهبت مباشرة إلى منزلك، أو إلى منزل شخص آخر، أو إلى منشأة صحية أخرى؟

- 1 منزلي
2 منزل شخص آخر
3 منشأة صحية
غير ذلك ← إذا كانت الإجابة "غير ذلك"، انتقل إلى السؤال 18

16. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تحدث معك الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى عما إذا كنت ستحصل على المساعدة التي تحتاج إليها عندما تغادر المستشفى؟

- 1 نعم
2 لا

17. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تلقيت معلومات مكتوبة حول الأعراض أو المشكلات الصحية التي يجب الانتباه لها بعد مغادرتك المستشفى؟

- 1 نعم
2 لا

25. ما تقييمك لصحتك العامة العقلية أو النفسية بوجه عام؟

- 1 ممتازة
2 جيدة جدًا
3 جيدة
4 متوسطة
5 سيئة

26. ما أعلى درجة أو مستوى دراسي أكملته؟

- 1 الصف الثامن أو أقل
2 بعض سنوات المرحلة الثانوية، ولكنني لم أكملها
3 خريج المدرسة الثانوية أو حاصل على شهادة تطوير التعليم العام (GED)
4 بعض سنوات التعليم الجامعي أو حاصل على مؤهل دراسة جامعية لمدة سنتين
5 خريج كلية لمدة 4 سنوات
6 شهادة دراسة جامعية لأكثر من 4 سنوات

27. هل أنت من أصل أو نسب إسباني أو هسباني أو لاتيني؟

- 1 لا، لست إسبانيًا/ هسبانيًا/ لاتينيًا
2 نعم، بورتوريكي
3 نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
4 نعم، كوبي
5 نعم، إسباني/ هسباني/ لاتيني آخر

28. ما هو عرقك؟ يُرجى تحديد خيار واحد أو أكثر.

- 1 أبيض
2 أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
3 آسيوي
4 من سكان جزر هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
5 أمريكي من الهنود الحمر أو من سكان ألاسكا الأصليين

21. عندما غادرت المستشفى، كنت متفهمًا جدًا للأشياء التي كنت مسؤولاً عنها فيما يتعلق بإدارة صحتي.

- 1 أختلف بشدة
2 أختلف
3 أتفق
4 أتفق بشدة

22. عندما غادرت المستشفى، فهمت بوضوح الغرض من تناول كل دواء.

- 1 أختلف بشدة
2 أختلف
3 أتفق
4 أتفق بشدة
5 لم أتلق أي دواء عندما غادرت المستشفى

نبذة عنك

لم يتبق سوى عدد قليل من الأسئلة.

23. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تم تسجيل دخولك هذا المستشفى من خلال غرفة الطوارئ؟

- 1 نعم
2 لا

24. ما تقييمك لصحتك العامة بوجه عام؟

- 1 ممتازة
2 جيدة جدًا
3 جيدة
4 متوسطة
5 سيئة

29. ما هي اللغة التي تتحدثها بصفة أساسية في منزلك؟

1 الإنجليزية

2 الإسبانية

3 الصينية

4 الروسية

5 الفيتنامية

6 البرتغالية

7 الألمانية

8 التاغالوغية

9 العربية

20 لغة أخرى (يُرجى كتابتها):

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).

شكرًا لك

يُرجى إعادة الاستبيان المكتمل إلينا بالبريد بعد وضعه في المغلف المدفوع ثمنه.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

الأسئلة من 1 إلى 19 ومن 23 إلى 29 هي جزء من استبيان تقييم عميل المستشفى لأنظمة ومقدمي الرعاية الصحية (HCAHPS)، وهي من أعمال الحكومة الأمريكية. أسئلة استبيان HCAHPS هذه ملكية عامة، وبالتالي فهي لا تخضع لقوانين حقوق النشر الأمريكية. الأسئلة الثلاثة الخاصة بقياس نقل الرعاية Care Transitions Measure® (الأسئلة من 20 إلى 22) تخضع لحقوق الطبع والنشر التابعة للطبيب إريك إيه كولمان الحاصل على الدكتوراه في الطب ودرجة الماجستير في الصحة العامة، جميع الحقوق محفوظة.

استبيان HCAHPS

تعليمات الاستبيان

- ◆ يجب عليك فقط تعبئة هذا الاستبيان إذا كنت أنت المريض أثناء فترة الإقامة بالمستشفى المذكور في الخطاب التعريفي. لا تقم بتعبئة هذا الاستبيان إذا لم تكن أنت المريض.
- ◆ أجب عن جميع الأسئلة بملء الدائرة الموجودة على يمين الخيارات بالكامل.
- ◆ سيطلب منك أحياناً تخطي بعض الأسئلة في هذا الاستبيان. عندما يحدث هذا، سترى سهمًا به ملاحظة تخبرك بالسؤال الذي يجب الإجابة عليه بعد ذلك، مثل:

0 نعم
● لا ← إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى السؤال 1

قد تلاحظ وجود رقم في الاستبيان. يُستخدم هذا الرقم لإعلامنا إذا قمت بإعادة استبيانك إلينا حتى لا نضطر إلى إرسال رسائل تذكير إليك.
يُرجى ملاحظة ما يلي: الأسئلة من 1 إلى 29 في هذا الاستبيان هي جزء من مبادرة وطنية لقياس جودة الرعاية في المستشفيات. رقم ضبط مكتب الإدارة والميزانية 0938-0981 (تنتهي صلاحيته في 30 سبتمبر 2024)

يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية عن إقامتك في المستشفى المذكور في الخطاب التعريفي. ولا تقم بتضمين أي إقامات بمستشفيات أخرى في إجاباتك.

الرعاية المُقدّمة لك من طاقم التمريض

1. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدل معاملة طاقم التمريض لك بلطف واحترام؟
- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

2. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدل استماع طاقم التمريض لك بعناية؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

3. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدل شرح طاقم التمريض الأمور لك بأسلوب مُبسّط؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

4. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، بعد الضغط على زر الاستدعاء، ما معدل حصولك على المساعدة بمجرد رغبتك في ذلك؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً
90 لم أضغط على زر الاستدعاء مطلقاً

الرعاية المُقدّمة لك من الأطباء

5. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل معاملة الأطباء لك بلطف واحترام؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

6. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل استماع الأطباء لك بعناية؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

7. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل قيام الأطباء بشرح الأمور لك بأسلوب مبسّط؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

بيئة المستشفى

8. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل المحافظة على نظافة غرفتك وحمامك؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

9. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدّل الحفاظ على الهدوء بالمنطقة المحيطة بغرفتك ليلاً؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

تجاربك في هذا المستشفى

10. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل احتجت إلى مساعدة من طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى للذهاب إلى الحمام أو في استخدام نونية السرير؟

- 10 نعم
20 لا ← إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى السؤال 12

11. ما معدّل حصولك على مساعدة للذهاب إلى الحمام أو استخدام نونية السرير في أقرب وقت تريد فيه المساعدة؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

12. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تلقيت أي دواء لم تتناوله من قبل؟

- 10 نعم
20 لا ← إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى السؤال 15

13. قبل إعطائك أي دواء جديد، ما معدّل قيام طاقم المستشفى بإخبارك بالغرض من الدواء؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

14. قبل إعطائك أي دواء جديد، ما معدّل قيام طاقم المستشفى بوصف الآثار الجانبية المحتملة بأسلوب مبسّط؟

- 10 مطلقاً
20 أحياناً
30 عادةً
40 دائماً

التقييم العام للمستشفى

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية حول إقامتك في المستشفى المذكور في الخطاب التعريفي. ولا تقم بتضمين أي إقامات بمستشفيات أخرى في إجاباتك.

18. باستخدام أي رقم من 0 إلى 10، حيث يعني الرقم 0 "أسوأ مستشفى ممكن" ويعني الرقم 10 "أفضل مستشفى ممكن"، ما هو الرقم الذي ستستخدمه لتقييم هذا المستشفى أثناء مدة إقامتك؟

0 0 أسوأ مستشفى

1 10

2 20

3 30

4 40

5 50

6 60

7 70

8 80

9 90

10 100 أفضل مستشفى

19. هل توصي أصدقاءك وعائلتك بهذا المستشفى؟

10 بالتأكيد لا

20 على الأرجح لا

30 على الأرجح نعم

40 بالتأكيد نعم

فهم رعايتك

عند مغادرتك للمستشفى

20. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، أخذ الموظفون في الحسبان تفضيلاتي وتفضيلات عائلتي أو مقدم الرعاية عند تحديد احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بي عند مغادرتي.

10 اختلف بشدة

20 اختلف

30 أتفق

40 أتفق بشدة

عند مغادرتك للمستشفى

15. بعد أن غادرت المستشفى، هل ذهبت مباشرة إلى منزلك، أو إلى منزل شخص آخر، أو إلى منشأة صحية أخرى؟

10 منزلي

20 منزل شخص آخر

30 منشأة صحية

غير ذلك ← إذا كانت الإجابة "غير ذلك"، انتقل إلى

السؤال 18

16. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تحدث معك الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى عما إذا كنت ستحصل على المساعدة التي تحتاج إليها عندما تغادر المستشفى؟

10 نعم

20 لا

17. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تلقيت معلومات مكتوبة حول الأعراض أو المشكلات الصحية التي يجب الانتباه لها بعد مغادرتك المستشفى؟

10 نعم

20 لا

26. ما أعلى درجة أو مستوى دراسي أكملته؟

- 10 الصف الثامن أو أقل
20 بعض سنوات المرحلة الثانوية، ولكنني لم أكملها
30 خريج المدرسة الثانوية أو حاصل على شهادة تطوير التعليم العام (GED)
40 بعض سنوات التعليم الجامعي أو حاصل على مؤهل دراسة جامعية لمدة سنتين
50 خريج كلية لمدة 4 سنوات
60 شهادة دراسة جامعية لأكثر من 4 سنوات

27. هل أنت من أصل أو نسب إسباني أو هسباني أو لاتيني؟

- 10 لا، لست إسبانيًا/ هسبانيًا/ لاتينيًا
20 نعم، بورتوريكي
30 نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
40 نعم، كوبي
50 نعم، إسباني/ هسباني/ لاتيني آخر

28. ما هو عرقك؟ يُرجى تحديد خيار واحد أو أكثر.

- 10 أبيض
20 أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
30 آسيوي
40 من سكان جزر هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
50 أمريكي من الهنود الحمر أو من سكان ألاسكا الأصليين

21. عندما غادرت المستشفى، كنت متفهمًا جدًا للأشياء التي كنت مسؤولاً عنها فيما يتعلق بإدارة صحتي.

- 10 اختلف بشدة
20 اختلف
30 أتفق
40 أتفق بشدة

22. عندما غادرت المستشفى، فهمت بوضوح الغرض من تناول كل دواء.

- 10 اختلف بشدة
20 اختلف
30 أتفق
40 أتفق بشدة
50 لم أتلق أي دواء عندما غادرت المستشفى

نبذة عنك

لم يتبق سوى عدد قليل من الأسئلة.

23. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تم تسجيل دخولك هذا المستشفى من خلال غرفة الطوارئ؟

- 10 نعم
20 لا

24. ما تقييمك لصحتك العامة بوجه عام؟

- 10 ممتازة
20 جيدة جدًا
30 جيدة
40 متوسطة
50 سيئة

25. ما تقييمك لصحتك العامة العقلية أو النفسية بوجه عام؟

- 10 ممتازة
20 جيدة جدًا
30 جيدة
40 متوسطة
50 سيئة

29. ما هي اللغة التي تتحدثها بصفة أساسية في منزلك؟

10 الإنجليزية

20 الإسبانية

30 الصينية

40 الروسية

50 الفيتنامية

60 البرتغالية

70 الألمانية

80 التاغالوغية

90 العربية

200 لغة أخرى (يُرجى كتابتها):

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).

شكراً لك

يُرجى إعادة الاستبيان المكتمل إلينا بالبريد بعد وضعه في المغلف المدفوع ثمنه.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

الأسئلة من 1 إلى 19 ومن 23 إلى 29 هي جزء من استبيان تقييم عميل المستشفى لأنظمة ومقدمي الرعاية الصحية (HCAHPS)، وهي من أعمال الحكومة الأمريكية. أسئلة استبيان HCAHPS هذه ملكية عامة، وبالتالي فهي لا تخضع لقوانين حقوق النشر الأمريكية. الأسئلة الثلاثة الخاصة بقياس نقل الرعاية Care Transitions Measure® (الأسئلة من 20 إلى 22) تخضع لحقوق الطبع والنشر التابعة للطبيب إريك إيه كولمان الحاصل على الدكتوراه في الطب ودرجة الماجستير في الصحة العامة، جميع الحقوق محفوظة.

Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

عزيزي [SAMPLED PATIENT NAME]:

تُظهر سجلاتنا أنك مؤخرًا كنت مريضًا في مستشفى [NAME OF HOSPITAL] وخرجت من المستشفى بتاريخ [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. نظرًا لإقامتك في المستشفى مؤخرًا ، فإننا نطلب مساعدتك.

الاستبيان المرفق هو جزء من جهد مبذول لفهم رؤية المرضى للرعاية المقدّمة له في المستشفى. تأتي الأسئلة من 1 إلى 29 المطروحة في الاستبيان برعاية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وينبغي أن يستغرق إكمالها حوالي 7 دقائق.

مشاركتك تطوعية وإجاباتك ستحظى بالخصوصية. ستساهم إجاباتك في تحسين جودة الرعاية المقدّمة بالمستشفى ومساعدة الأشخاص الآخرين على اتخاذ خيارات أكثر استنارة بشأن رعايتهم. يمكنك رؤية نتائج الاستبيان الحالية والاطلاع على تقييمات المستشفى على Care Compare عبر الموقع الإلكتروني (www.medicare.gov/care-compare) www.medicare.gov.

بعد الانتهاء من الاستبيان، يُرجى وضعه ثانيةً في المغلف المرفق والمدفوع ثمنه مسبقًا. إذا كانت لديك أي استفسارات عن الاستبيان، يُرجى الاتصال بهذا الرقم المجاني: 1-xxx-xxx-xxxx.

نحن نقدر بشدة مساعدتك في تحسين الرعاية في المستشفى.

مع خالص التحيات،

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

عزيزي [SAMPLED PATIENT NAME]:

قبل بضعة أسابيع، أرسلنا إليك استبياناً نطلب فيه تعليقاتك على تجربتك الأخيرة في [NAME OF HOSPITAL] التي خرجت منها بتاريخ [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. إذا كنت قد أعدت الاستبيان إلينا بالفعل، فيرجى قبول شكرنا وتجاهل هذه الرسالة. ولكن إذا لم تكن قد أكملت الاستبيان بعد، فيرجى تخصيص بضع دقائق لإكماله الآن.

الاستبيان المرفق هو جزء من جهد مبذول لفهم رؤية المرضى للرعاية المقدّمة له في المستشفى. تأتي الأسئلة من 1 إلى 29 المطروحة في الاستبيان برعاية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وينبغي أن يستغرق إكمالها حوالي 7 دقائق.

مشاركتك تطوعية وإجاباتك ستحظى بالخصوصية. ستساهم إجاباتك في تحسين جودة الرعاية المقدّمة بالمستشفى ومساعدة الأشخاص الآخرين على اتخاذ خيارات أكثر استنارة بشأن رعايتهم. يمكنك رؤية نتائج الاستبيان الحالية والاطلاع على تقييمات المستشفى على Care Compare عبر الموقع الإلكتروني (www.medicare.gov/care-compare) www.medicare.gov.

بعد الانتهاء من الاستبيان، يُرجى وضعه ثانيةً في المغلف المرفق والمدفوع ثمنه مسبقاً. إذا كانت لديك أي استفسارات عن الاستبيان، يُرجى الاتصال بهذا الرقم المجاني: 1-xxx-xxx-xxxx.

نحن نقدر بشدة مساعدتك في تحسين الرعاية في المستشفى.

مع خالص التحيات،

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Survey and Cover Letter Required Language

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must appear verbatim either on the front or back of the questionnaire (preferred) or cover letter, but cannot be a separate mailing. The following is the language that must be used:

وفقاً لقانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُلزم شخص بالرد على مجموعة من المعلومات ما لم تحمل رقم ضبط صحيحاً من مكتب الإدارة والميزانية. رقم ضبط مكتب الإدارة والميزانية الصحيح لعملية جمع المعلومات هذه هو 0938-0981 (تنتهي صلاحيته في 30 سبتمبر 2024). يُقدَّر الوقت اللازم لإكمال هذه المعلومات التي تم جمعها بمتوسط 7 دقائق للأسئلة من 1 إلى 29 في الاستبيان، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الحالية وجمع البيانات المطلوبة وإكمال جمع المعلومات ومراجعتها. إذا كانت لديك أي تعليقات فيما يتعلق بدقة تقدير (تقديرات) الوقت أو أي اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يُرجى إرسال رسالة إلى: مراكز Medicare وخدمات Medicaid الكائنة في 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

Mandatory Transition Statement if Supplemental Items Are Added

The mandatory transition statement must be placed in the questionnaire immediately before the supplemental question(s) to indicate a transition from the HCAHPS questions (Questions 1-29) to the hospital-specific supplemental question or questions.

The following statement must be placed immediately before the addition of a single supplemental question:

تأتي الأسئلة من 1 إلى 29 في هذا الاستبيان من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية لاستخدامها في قياس الجودة. ويأتي السؤال التالي لها من مستشفى [NAME OF HOSPITAL] لجمع تعليقات إضافية حول إقامتك بالمستشفى ولن تتم مشاركته مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

The following statement must be placed immediately before the addition of more than one supplemental question:

تأتي الأسئلة من 1 إلى 29 في هذا الاستبيان من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية لاستخدامها في قياس الجودة. وتأتي الأسئلة التالية لها من مستشفى [NAME OF HOSPITAL] لجمع تعليقات إضافية حول إقامتك بالمستشفى ولن تتم مشاركتها مع وزارة الصحة والخدمات البشرية.

Unique Identifier Language

The following language indicates the purpose of the unique identifier. This language must be printed either immediately after the survey instructions on the questionnaire (preferred) or on the cover letter, and may appear on both:

قد تلاحظ وجود رقم في الاستبيان. يُستخدم هذا الرقم لإعلامنا إذا قمت بإعادة استبيانك إلينا حتى لا نضطر إلى إرسال رسائل تذكير إليك.

Copyright Statement

The following copyright statement must be included on the questionnaire, preferably on the last page:

الأسئلة من 1 إلى 19 ومن 23 إلى 29 هي جزء من استبيان تقييم عميل المستشفى لأنظمة ومقدمي الرعاية الصحية (HCAHPS)، وهي من أعمال الحكومة الأمريكية. أسئلة استبيان HCAHPS هذه ملكية عامة، وبالتالي فهي لا تخضع لقوانين حقوق النشر الأمريكية. الأسئلة الثلاثة الخاصة بقياس نقل الرعاية Care Transitions Measure® (الأسئلة من 20 إلى 22) تخضع لحقوق الطبع والنشر التابعة للطبيب إريك إيه كولمان الحاصل على الدكتوراه في الطب ودرجة الماجستير في الصحة العامة، جميع الحقوق محفوظة.

Reply-by Date (Optional)

The following two options are available for adding a reply-by date to the **follow-up cover letter**.

Placed above the salutation, such as:

يُرجى الرد في موعد أقصاه: [التاريخ (الشهر/اليوم/السنة)].

In the fourth paragraph after the sentence, “After you have completed the survey, please return it in the enclosed pre-paid envelope.” An example of allowable reply-by text includes:

يُرجى تعبئة الاستبيان المرفق وإرساله بالبريد في موعد أقصاه [DATE (mm/dd/yyyy)] في المغلف المدفوع ثمنه مسبقاً.