**АНКЕТА**

**для оценки удовлетворенности качеством оказания паллиативной медицинской помощи (взрослого населения) в Красноярском крае**

Дата заполнения анкеты:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопрос** | **Ваш ответ** |
| **1** | **2** | **3** |
| **1.** | **Вы являетесь ПАЦИЕНТОМ, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи** |  |
| Вы являетесь РОДСТВЕННИКОМ (близким, законным представителем) пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи |  |
| **2.** | **В каком населенном пункте Вы постоянно проживаете:** |  |
| **3.** | **Знаете ли Вы куда обращаться при возникновении потребности в получении паллиативной медицинской помощи:** | |
| *Знаю* |  |
| *Не знаю* |  |
| **4.** | **С каким именно заболеванием столкнулись Вы или Ваш близкий?** | |
| *Онкологическим заболеванием (рак)* |  |
| *Не злокачественным заболеванием (поражение НС, деменция, хронические прогрессирующие заболевания в терминальной стадии и др.)* |  |
| **5.** | **В течение какого периода** Вы или Ваш близкий получает(е) или получал(и) паллиативную медицинскую помощь: | |
| *Около недели* |  |
| *Не более месяца* |  |
| *От месяца до полугода* |  |
| *Более полугода* |  |
| *Нуждаюсь в оказании паллиативной медицинской помощи, но пока не получал(а) ее* |  |
| **6.** | **Выездная патронажная бригада паллиативной медицинской помощи или врач по паллиативной медицинской помощи посещали Вас, Вашего близкого:** | |
| *1 раз* |  |
| *Более 1 раза* |  |
| *Не посещала/не посещал* |  |
| **7.** | **Оцените отношение к Вам, Вашему близкому, специалистов паллиативной медицинской службы:** | |
| *Доброжелательное (участливое)* |  |
| *Уважительное (ровное)* |  |
| *Безразличное* |  |
| *Негативное* |  |
| **8.** | **Оцените полноту информации по лечению, полученную от специалистов паллиативной службы, в том числе по вопросам обезболивания и состоянию пациента:** | |
| *Полная информация (подробно объяснили, вопросов не осталось)* |  |
| *Не полная информация (объяснили, но остались или позже появились вопросы)* |  |
| *Скудная информация (не понятно, осталось много вопросов)* |  |
| *Нет информации (ничего не объяснили)* |  |
| **9.** | **Как Вы бы в целом оценили качество оказываемой Вам, Вашему близкому, паллиативной медицинской помощи в домашних условиях:** | |
| *Отлично* |  |
| *Хорошо* |  |
| *Удовлетворительно* |  |
| *Плохо* |  |
| *Очень плохо* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10.** | **Вы или Ваш близкий находились на лечении в паллиативном отделении (на паллиативных койках) или в Хосписе?** | |
| *Да (укажите в каком учреждении находились)* |  |
| *Нет* |  |
| **11.** | **Как Вы бы в целом оценили качество оказываемой Вам, Вашему близкому, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях:** | |
| *Отлично* |  |
| *Хорошо* |  |
| *Удовлетворительно* |  |
| *Плохо* |  |
| *Очень плохо* |  |
| **12.** | **Если Вы или Ваш близкий находились на лечении в паллиативном отделении (на паллиативных койках) или в Хосписе оцените уход за пациентом (питание, комфортное размещение, смена подгузников, умывание, частота посещения пациента средним и младшим медицинским персоналом):** | |
| *Отлично* |  |
| *Хорошо* |  |
| *Удовлетворительно* |  |
| *Плохо* |  |
| *Очень плохо* |  |
| **13.** | **Скажите, пожалуйста, в целом, паллиативная медицинская помощь, которую Вам оказывают на дому или в стационаре помогает Вам физически чувствовать себя лучше или нет?** | |
| *Определенно помогает* |  |
| *Скорее помогает* |  |
| *Скорее не помогает* |  |
| *Совсем не помогает* |  |
| *Затрудняюсь ответить* |  |
| **14.** | **Скажите, пожалуйста, в целом, паллиативная медицинской помощь, которую Вам оказывают на дому или в стационаре помогает Вам психически, духовно чувствовать себя лучше или нет?** |  |
| *Определенно помогает* |  |
| *Скорее помогает* |  |
| *Скорее не помогает* |  |
| *Совсем не помогает* |  |
| *Затрудняюсь ответить* |  |
| **15.** | **Удовлетворены ли Вы качеством оказания паллиативной медицинской помощи:** | |
| *Удовлетворен* |  |
| *Не удовлетворен* |  |

Распечатайте анкету, заполните ее от руки, отправьте скан или фото анкеты нам на адрес электронной почты: [**kcpp\_kmb2@mail.ru**](mailto:kcpp_kmb2@mail.ru), либо передайте специалисту паллиативной службы.

**БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ!**