

استبيان تجربة المستشفى

تعليمات الاستبيان

- ◆ - يسألك هذا الاستبيان عن الرعاية التي تلقيتها أثناء إقامتك في المستشفى المذكور في الخطاب التعريفي.
- ◆ أجب على جميع الأسئلة بوضع علامة في المربع الموجود على يسار 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 تذكير إليك. يُرجى ملاحظة ما يلي: الأسئلة من 1 إلى 32 في هذا الاستبيان هي جزء من مبادرة وطنية لقياس جودة الرعاية في المستشفيات. رقم ضبط مكتب الإدارة والميزانية 0938-0981 (تنتهي صلاحيته في TBD)

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

الرعاية المُقدَّمة لك من طاقم التمريض

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

- مطلقاً
 أحياناً
 عادة
 دائماً

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

- مطلقاً
 أحياناً
 عادة
 دائماً

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

- مطلقاً
 أحياناً
 عادة
 دائماً

الرعاية المُقدَّمة لك من الأطباء

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

- مطلقاً
 أحياناً
 عادة
 دائماً

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

- مطلقاً
 أحياناً
 عادة
 دائماً

11. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، كم مرة عمل الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من العاملين بالمستشفى معًا بشكل جيد لرعايتك؟

- مطلقًا
 أحيانًا
 عادةً
 دائمًا

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

نعم

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

14

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

- مطلقًا
 أحيانًا
 عادةً
 دائمًا

14. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، عندما طلبت مساعدة فورية، كم مرة حصلت على المساعدة بمجرد حاجتك إليها؟

- مطلقًا
 أحيانًا
 عادةً
 دائمًا

لم يسبق لي طلب المساعدة على الفور

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

نعم

لا ← إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى

السؤال 18

6. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدل قيام الأطباء بشرح الأمور لك بأسلوب مُبسّط؟

- مطلقًا
 أحيانًا
 عادةً
 دائمًا

بيئة المستشفى

7. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدل المحافظة على نظافة غرفتك وحمامك؟

- مطلقًا
 أحيانًا
 عادةً
 دائمًا

8. كم مرة تمكنت من الحصول على الراحة التي تحتاجها أثناء إقامتك في المستشفى؟

- أبدًا
 أحيانًا
 عادةً
 دائمًا

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

- مطلقًا
 أحيانًا
 عادةً
 دائمًا

الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

10. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، كم مرة تم إبلاغ الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من العاملين بالمستشفى بآخر المستجدات بشأن رعايتك؟

- مطلقًا
 أحيانًا
 عادةً
 دائمًا

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

منزلي

منزل شخص آخر

منشأة صحية

غير ذلك ← إذا كانت الإجابة "غير ذلك"، انتقل إلى السؤال 24

22. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تحدث معك الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى بشأن ما إذا كنت ستحصل على المساعدة التي تحتاج إليها بعد مغادرتك المستشفى؟

نعم

لا

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

نعم

لا

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.

24. 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 أسوأ مستشفى

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 أفضل مستشفى

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

مطلقًا

أحيانًا

عادة

دائمًا

17. قبل إعطائك أي دواء جديد، ما معدل قيام طاقم المستشفى بوصف الآثار الجانبية المحتملة بأسلوب مبسط؟

مطلقًا

أحيانًا

عادة

دائمًا

18. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل ساعدك الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من العاملين بالمستشفى على الراحة والتعافي؟

نعم، بالتأكيد

نعم، إلى حد ما

لا

مغادرة المستشفى

19. هل عمل الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى معك ومع عائلتك أو مع مقدم الرعاية في وضع خطط لرعايتك بعد مغادرتك المستشفى؟

نعم، بالتأكيد

نعم، إلى حد ما

لا

20. هل قام الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى بإعطاء عائلتك أو مقدم الرعاية معلومات كافية بشأن الأعراض أو المشاكل الصحية التي يجب مراقبتها بعد مغادرتك المستشفى؟

نعم، بالتأكيد

نعم، إلى حد ما

لا

لا لم يكن لدي عائلة أو مقدم رعاية يراقب الأعراض أو المشاكل الصحية

25. هل توصي أصدقائك وعائلتك بهذا المستشفى؟

- بالتأكيد لا
 على الأرجح لا
 على الأرجح نعم
 بالتأكيد نعم

نبذة عنك

لم يتبق سوى عدد قليل من الأسئلة.

26. هل كان هناك تخطيط مسبق لهذه الإقامة في المستشفى؟

- نعم، بالتأكيد
 نعم، إلى حد ما
 لا

27. ما تقييمك لصحتك العامة بوجه عام؟

- ممتازة
 جيدة جدًا
 جيدة
 متوسطة
 سيئة

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

- ممتازة
 جيدة جدًا
 جيدة
 متوسطة
 سيئة

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

- الإنجليزية
 الإسبانية
 الصينية
 لغة أخرى

30. ما أعلى درجة أو مستوى دراسي أكملته؟

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

31. هل أنت من أصل إسباني أو هسباني أو لاتيني؟

- لا، لست إسبانيًا/ هسبانيًا/ لاتينيًا
 نعم، كوبي
 نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
 نعم، بورتوريكي
 نعم، إسباني/ هسباني/ لاتيني آخر

32. ما هو عرقك؟ يرجى تحديد خيار واحد أو أكثر.

- أمريكي من الهنود الحمر أو من سكان الأسكا الأصليين
 آسيوي
 أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
 من سكان جزر هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
 أبيض

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, 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 32 في هذا الاستبيان هي أعمال تابعة لحكومة الولايات المتحدة وهي ضمن الملكية العامة وبالتالي لا تخضع لقوانين حقوق الطبع والنشر الأمريكية.

استبيان تجربة المستشفى

تعليمات الاستبيان

- ♦ - يسألك هذا الاستبيان عن الرعاية التي تلقيتها أثناء إقامتك في المستشفى المذكور في الخطاب التعريفي.
- ♦ أجب على جميع الأسئلة بملء الدائرة الموجود على يمين إجابتك 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
0 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 32 في هذا الاستبيان هي جزء من مبادرة وطنية لقياس جودة الرعاية في المستشفيات. رقم ضبط مكتب الإدارة والميزانية 0938-0981 (تنتهي صلاحيته في TBD)

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

الرعاية المُقدَّمة لك من طاقم التمريض

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

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

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

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

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

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

الرعاية المُقدَّمة لك من الأطباء

4. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدل معاملة الأطباء لك بلطف واحترام؟

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

5. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدل استماع الأطباء لك بعناية؟

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

11. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، كم مرة عمل الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من العاملين بالمستشفى معاً بشكل جيد لرعايتك؟

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

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

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

14

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

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

14. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، عندما طلبت مساعدة فورية، كم مرة حصلت على المساعدة بمجرد حاجتك إليها؟

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

0 لم يسبق لي طلب المساعدة على الفور

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

- 0 نعم
0 لا ← إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى

السؤال 18

6. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدل قيام الأطباء بشرح الأمور لك بأسلوب مُبسّط؟

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

بيئة المستشفى

7. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، ما معدل المحافظة على نظافة غرفتك وحمامك؟

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

8. كم مرة تمكنت من الحصول على الراحة التي تحتاجها أثناء إقامتك في المستشفى؟

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

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

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

الرعاية الخاصة بك في هذا المستشفى

10. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، كم مرة تم إبلاغ الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من العاملين بالمستشفى بأخر المستجدات بشأن رعايتك؟

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

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

- 0 منزلي
0 منزل شخص آخر
0 منشأة صحية

غير ذلك ← إذا كانت الإجابة "غير ذلك"، انتقل إلى السؤال 24

22. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل تحدث معك الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى بشأن ما إذا كنت ستحصل على المساعدة التي تحتاج إليها بعد مغادرتك المستشفى؟

- 0 نعم
0 لا

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

- 0 نعم
0 لا

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

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

17. قبل إعطائك أي دواء جديد، ما معدل قيام طاقم المستشفى بوصف الآثار الجانبية المحتملة بأسلوب مبسط؟

- 0 مطلقاً
0 أحياناً
0 عادةً
0 دائماً

18. خلال مدة إقامتك بالمستشفى، هل ساعدك الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من العاملين بالمستشفى على الراحة والتعافي؟

- 0 نعم، بالتأكيد
0 نعم، إلى حد ما
0 لا

مغادرة المستشفى

19. هل عمل الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى معك ومع عائلتك أو مع مقدم الرعاية في وضع خطط لرعايتك بعد مغادرتك المستشفى؟

- 0 نعم، بالتأكيد
0 نعم، إلى حد ما
0 لا

20. هل قام الأطباء أو طاقم التمريض أو غيرهم من العاملين بالمستشفى بإعطاء عائلتك أو مقدم الرعاية معلومات كافية بشأن الأعراض أو المشاكل الصحية التي يجب مراقبتها بعد مغادرتك المستشفى؟

- 0 نعم، بالتأكيد
0 نعم، إلى حد ما
0 لا

0 لا لم يكن لدي عائلة أو مقدم رعاية يراقب الأعراض أو المشاكل الصحية

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.

24. 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	0	
2	0	
3	0	
4	0	
5	0	
6	0	
7	0	
8	0	
9	0	
10	0	أفضل مستشفى

25. هل توصي أصدقائك وعائلتك بهذا المستشفى؟

0	بالتأكيد لا
0	على الأرجح لا
0	على الأرجح نعم
0	بالتأكيد نعم

نبذة عنك

لم يتبق سوى عدد قليل من الأسئلة.

26. هل كان هناك تخطيط مسبق لهذه الإقامة في المستشفى؟

0	نعم، بالتأكيد
0	نعم، إلى حد ما
0	لا

27. ما تقييمك لصحتك العامة بوجه عام؟

0	ممتازة
0	جيدة جدًا
0	جيدة
0	متوسطة
0	سيئة

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

0	ممتازة
0	جيدة جدًا
0	جيدة
0	متوسطة
0	سيئة

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

0	الإنجليزية
0	الإسبانية
0	الصينية
0	لغة أخرى

30. ما أعلى درجة أو مستوى دراسي أكملته؟

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

31. هل أنت من أصل إسباني أو هسباني أو لاتيني؟

0	لا، لست إسبانيًا/ هسبانيًا/ لاتينيًا
0	نعم، كوبي
0	نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
0	نعم، بورتوريكي
0	نعم، إسباني/ هسباني/ لاتيني آخر

32. ما هو عرقك؟ يُرجى تحديد خيار واحد أو أكثر.
- 0 أمريكي من الهنود الحمر أو من سكان ألاسكا الأصليين
- 0 آسيوي
- 0 أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
- 0 من سكان جزر هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
- 0 أبيض

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, 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 32 في هذا الاستبيان هي أعمال تابعة لحكومة الولايات المتحدة وهي ضمن الملكية العامة وبالتالي لا تخضع لقوانين حقوق الطبع والنشر الأمريكية.

Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only (first survey mailing for all sampled patients)**
- **Mail-Phone (first and only survey mailing for all sampled patients)**
- **Web-Mail (first survey mailing for sampled patients with no email address)**
- **Web-Mail-Phone (first and only survey mailing for sampled patients with no email address)**

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

: عزيزي [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]

نُظهر سجلاتنا أنك مؤخرًا كنت مريضًا في مستشفى [HOSPITAL NAME] وخرجت من المستشفى بتاريخ [MM/DD/YYYY]. نظرًا لإقامتك في المستشفى مؤخرًا، فإننا نطلب مساعدتك.

الاستبيان المرفق هو جزء من جهد مبذول لفهم رؤية المرضى للرعاية المقدّمة لهم في المستشفى. هذا الاستبيان برعاية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وينبغي أن يستغرق إكمال الاستبيان حوالي [NUMBER] 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 على الموقع الإلكتروني www.medicare.gov/care-compare 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 (OPTIONAL TO STATE) [PHONE NUMBER] المجاني (OPTIONAL TO STATE) (أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني على العنوان الإلكتروني [EMAIL ADDRESS]).

نحن نقدر بشدة مساعدتك في تحسين الرعاية في المستشفى.

مع خالص التحيات،

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only** (second survey mailing for sampled patients who did not complete the first mail wave survey)
- **Web-Mail** (first survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey; second survey mailing for sampled patients with or without an email address who did not complete the first mail wave survey)
- **Web-Mail-Phone** (first and only survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey)

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

عزيزي [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]:

طلبنا منك سابقًا تقديم ملاحظاتك التقييمية بشأن تجربتك الأخيرة في [NAME OF HOSPITAL] التي خرجت منها بتاريخ [MM/DD/YYYY]. إذا كنت قد أرسلت الاستبيان 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 المقدمة لهم في المستشفى. هذا الاستبيان برعاية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وينبغي أن يستغرق إكمال الاستبيان حوالي [NUMBER] دقائق.

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

بعد الانتهاء من الاستبيان، يُرجى وضعه ثانيةً في المغلف المرفق والمدفوع ثمنه مسبقًا. إذا كانت لديك أي استفسارات عن الاستبيان، يُرجى الاتصال بهذا الرقم (OPTIONAL TO STATE) [PHONE NUMBER] المجاني (OPTIONAL TO STATE) (أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني على العنوان الإلكتروني [EMAIL ADDRESS]).

نحن نقدر بشدة مساعدتك في تحسين الرعاية في المستشفى.

مع خالص التحيات،

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Survey and Cover Letter Required Language

For the full set of requirements for the HCAHPS Survey questionnaire and cover letters, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Mail Only, Mail-Phone, Web-Mail and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.

Verbatim Language on the Cover Letters

The following sentences must appear verbatim on each cover letter:

1. هذا الاستبيان برعاية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وينبغي أن يستغرق إكمال الاستبيان حوالي [NUMBER] دقائق.
2. مشاركتك تطوعية وإجاباتك ستحظى بالخصوصية.
3. ستساهم إجاباتك في تحسين جودة الرعاية المقدمة بالمستشفى ومساعدة الأشخاص الآخرين على اتخاذ خيارات أكثر استنارة بشأن رعايتهم. يمكنك رؤية نتائج الاستبيان الحالية والاطلاع على تقييمات المستشفى على Care Compare على الموقع الإلكتروني (www.medicare.gov/care-compare) Medicare.gov
4. نحن نقدر مساعدتك في تحسين الرعاية المقدمة في المستشفى تقديرًا بالغًا.

Note: The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS Survey questions 1-32 should equal "8." If hospital-specific supplemental items (limit of 12) are added, the [NUMBER] of minutes should be populated as follows:

- If 1 to 5 supplemental items are added, "[NUMBER]" should equal "9"
- If 6 to 9 supplemental items are added, "[NUMBER]" should equal "10"
- If 10 to 12 supplemental items are added, "[NUMBER]" should equal "11"

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:

وفقًا لقانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُلزم شخص بالرد على مجموعة من المعلومات ما لم تحمل رقم ضبط صحيحًا من مكتب الإدارة والميزانية. رقم ضبط مكتب الإدارة والميزانية الصحيح لعملية جمع المعلومات هذه هو 0981-0938 (تنتهي صلاحيته في TBD). يُقدَّر الوقت اللازم لإكمال هذه المعلومات التي تم جمعها بمتوسط 8 دقائق للأسئلة من 1 إلى 32 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 الواقعة 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), limit of 12, to indicate a transition from the HCAHPS questions (Questions 1-32) to the hospital-specific supplemental question(s).

الأسئلة من 1 إلى 32 في هذا الاستبيان مقدمة من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية لاستخدامها في قياس الجودة. أي أسئلة إضافية مقدمة من مستشفى [NAME OF HOSPITAL] للحصول على مزيد من الملاحظات التقييمية عن إقامتك بالمستشفى ولن تتم مشاركتها مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

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 last page of the questionnaire:

الأسئلة من 1 إلى 32 في هذا الاستبيان هي أعمال تابعة لحكومة الولايات المتحدة وهي ضمن الملكية العامة وبالتالي لا تخضع لقوانين حقوق الطبع والنشر الأمريكية.