

Pesquisa sobre a Experiência Hospitalar

INSTRUÇÕES DO ESTUDO

- ◆ Este estudo coloca-lhe perguntas sobre si e sobre os cuidados que recebeu durante a hospitalização indicada na carta de apresentação.
- ◆ Responda a todas as perguntas marcando o quadrado à esquerda da sua resposta.
- ◆ Por vezes vamos pedir-lhe que salte algumas perguntas deste estudo. Quando isto acontece, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual a pergunta que deve responder a seguir como por exemplo:
 - Sim
 - Não → **Se responder Não, vá para a Pergunta 1**

Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes. Nota: as perguntas 1 a 32 deste estudo fazem parte de uma iniciativa nacional que visa determinar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. OMB #0938-0981 (Vence TBD)

Responda às perguntas deste estudo relativamente à hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o tratou com cortesia e respeito?
 - Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre

2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o escutou atentamente?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

3. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

4. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o trataram com cortesia e respeito?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre
5. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o escutaram atentamente?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre
6. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse entender?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

AMBIENTE HOSPITALAR

7. Durante esta hospitalização, com que frequência o seu quarto e sanitário foram mantidos limpos?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

8. Durante esta hospitalização, com que frequência conseguiu descansar o que precisava?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre
9. Durante esta hospitalização, com que frequência a área próxima do seu quarto se manteve silenciosa durante a noite?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

10. Durante esta hospitalização, com que frequência é que os médicos, enfermeiros e outro pessoal do hospital foram informados e atualizados sobre os seus cuidados?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre
11. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos, enfermeiros e outro pessoal do hospital trabalharam juntos, de forma bem-sucedida, para cuidar de si?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

12. Durante esta hospitalização, necessitou de ajuda por parte do pessoal de enfermagem, ou de outro pessoal do hospital, para ir ao sanitário ou para usar uma arrastadeira (comadre)?

- Sim
- Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 14

13. Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

14. Durante esta hospitalização, quando pediu ajuda imediata, com que frequência a obteve assim que necessária?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre
- Nunca pedi ajuda imediata

15. Durante esta hospitalização, foi-lhe administrado algum remédio que nunca tivesse tomado anteriormente?

- Sim
- Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 18

16. Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

17. Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

18. Durante esta hospitalização, os médicos, enfermeiros e outro pessoal do hospital ajudaram-no(a) a descansar e recuperar?

- Sim, sem dúvida
- Sim, de certo modo
- Não

RECEBER ALTA DO HOSPITAL

19. Os médicos, enfermeiros ou outro pessoal do hospital colaboraram consigo e com a sua família ou assistente de cuidados domiciliários (cuidador) na elaboração de planos para os seus cuidados após receber alta?

- Sim, sem dúvida
- Sim, de certo modo
- Não

20. Os médicos, enfermeiros ou outro pessoal do hospital disponibilizaram aos seus familiares ou assistente de cuidados domiciliários (cuidador) informações suficientes sobre sintomas ou problemas de saúde a que deve estar atento(a) após receber alta?

- Sim, sem dúvida
- Sim, de certo modo
- Não
- Não tinha familiares ou assistente de cuidados domiciliários (cuidador) para vigiar sintomas ou problemas de saúde

21. Quando teve alta do hospital, foi diretamente para a sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra instituição de cuidados de saúde?

- Própria casa
- Casa de outra pessoa
- Outra instituição de cuidados de saúde → **Se responder outra instituição, vá para a Pergunta 24**

22. Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após a alta do hospital?

- Sim
- Não

23. Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atento depois de ter alta do hospital?

- Sim
- Não

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Responda às perguntas seguintes sobre a hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

24. Usando um número de 0 a 10, em que 0 significa o pior hospital possível e 10 significa o melhor hospital possível, que número usaria para classificar este hospital durante a sua hospitalização?

- 0 O pior hospital possível
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 O melhor hospital possível

25. Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

A SEU RESPEITO

Faltam apenas algumas perguntas.

26. Esta hospitalização foi planeada com antecedência?

- Sim, sem dúvida
- Sim, de certo modo
- Não

27. **Em geral, como classificaria a sua saúde como um todo?**

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

28. **Em geral, como classificaria a sua saúde mental ou emocional como um todo?**

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

29. **Qual é a língua mais falada em casa?**

- Inglês
- Espanhol
- Chinês
- Outra língua

30. **Qual é o seu nível escolar?**

- 8 anos de escolaridade ou menos
- Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma
- Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED)
- Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos
- Curso universitário de 4 anos
- Curso universitário com duração superior a 4 anos

31. **É de origem espanhola, hispânica ou latina?**

- Não, não sou de origem espanhola, hispânica ou latina
- Sim, de origem cubana
- Sim, de origem mexicana, mexicana americana, chicana
- Sim, de origem porto-riquenha
- Sim, outra origem espanhola/hispânica/latina

32. **Qual a sua raça? Escolha uma ou mais.**

- Índia americana ou nativa do Alasca
- Asiática
- Negra ou afro-americana
- Nativa do Havai ou de outra Ilha do Pacífico
- Branca

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).

OBRIGADO

Devolva, por favor, este estudo depois de preenchido, no envelope com porte pré-pago.

[NOME DO FORNECEDOR DO ESTUDO OU DO HOSPITAL QUE EFETUA A AUTOADMINISTRAÇÃO].

[ENDEREÇO DE DEVOLUÇÃO DO FORNECEDOR DO ESTUDO OU DO HOSPITAL QUE EFETUA A AUTOADMINISTRAÇÃO].

As perguntas 1 a 32 desta pesquisa são documentos do governo dos EUA e são do domínio público, pelo que NÃO estão sujeitas às leis de direitos de autor dos EUA.

Pesquisa sobre a Experiência Hospitalar

INSTRUÇÕES DO ESTUDO

- ◆ Este estudo coloca-lhe perguntas sobre si e sobre os cuidados que recebeu durante a hospitalização indicada na carta de apresentação.
- ◆ Responda a todas as perguntas preenchendo completamente o círculo à esquerda da sua resposta.
- ◆ Por vezes vamos pedir-lhe que salte algumas perguntas deste estudo. Quando isto acontece, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual a pergunta que deve responder a seguir como por exemplo:

Sim

Não → *Se responder Não, vá para a Pergunta 1*

Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes. Nota: as perguntas 1 a 32 deste estudo fazem parte de uma iniciativa nacional que visa determinar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. OMB #0938-0981 (Vence TBD)

Responda às perguntas deste estudo relativamente à hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o tratou com cortesia e respeito?

- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o escutou atentamente?

- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

3. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

4. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o trataram com cortesia e respeito?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre
5. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o escutaram atentamente?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre
6. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse entender?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

AMBIENTE HOSPITALAR

7. Durante esta hospitalização, com que frequência o seu quarto e sanitário foram mantidos limpos?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

8. Durante esta hospitalização, com que frequência conseguiu descansar o que precisava?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre
9. Durante esta hospitalização, com que frequência a área próxima do seu quarto se manteve silenciosa durante a noite?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

10. Durante esta hospitalização, com que frequência é que os médicos, enfermeiros e outro pessoal do hospital foram informados e atualizados sobre os seus cuidados?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre
11. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos, enfermeiros e outro pessoal do hospital trabalharam juntos, de forma bem-sucedida, para cuidar de si?
- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

12. Durante esta hospitalização, necessitou de ajuda por parte do pessoal de enfermagem, ou de outro pessoal do hospital, para ir ao sanitário ou para usar uma arrastadeira (comadre)?

- Sim
 Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 14

13. Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?

- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

14. Durante esta hospitalização, quando pediu ajuda imediata, com que frequência a obteve assim que necessária?

- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre
 Nunca pedi ajuda imediata

15. Durante esta hospitalização, foi-lhe administrado algum remédio que nunca tivesse tomado anteriormente?

- Sim
 Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 18

16. Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?

- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

17. Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?

- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

18. Durante esta hospitalização, os médicos, enfermeiros e outro pessoal do hospital ajudaram-no(a) a descansar e recuperar?

- Sim, sem dúvida
 Sim, de certo modo
 Não

RECEBER ALTA DO HOSPITAL

19. Os médicos, enfermeiros ou outro pessoal do hospital colaboraram consigo e com a sua família ou assistente de cuidados domiciliários (cuidador) na elaboração de planos para os seus cuidados após receber alta?

- Sim, sem dúvida
 Sim, de certo modo
 Não

20. Os médicos, enfermeiros ou outro pessoal do hospital disponibilizaram aos seus familiares ou assistente de cuidados domiciliários (cuidador) informações suficientes sobre sintomas ou problemas de saúde a que deve estar atento(a) após receber alta?

- Sim, sem dúvida
- Sim, de certo modo
- Não
- Não tinha familiares ou assistente de cuidados domiciliários (cuidador) para vigiar sintomas ou problemas de saúde

21. Quando teve alta do hospital, foi diretamente para a sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra instituição de cuidados de saúde?

- Própria casa
- Casa de outra pessoa
- Outra instituição de cuidados de saúde → **Se responder outra instituição, vá para a Pergunta 24**

22. Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após a alta do hospital?

- Sim
- Não

23. Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atento depois de ter alta do hospital?

- Sim
- Não

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Responda às perguntas seguintes sobre a hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

24. Usando um número de 0 a 10, em que 0 significa o pior hospital possível e 10 significa o melhor hospital possível, que número usaria para classificar este hospital durante a sua hospitalização?

- 0 O pior hospital possível
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 O melhor hospital possível

25. Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

A SEU RESPEITO

Faltam apenas algumas perguntas.

26. Esta hospitalização foi planeada com antecedência?

- Sim, sem dúvida
- Sim, de certo modo
- Não

27. **Em geral, como classificaria a sua saúde como um todo?**

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

28. **Em geral, como classificaria a sua saúde mental ou emocional como um todo?**

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

29. **Qual é a língua mais falada em casa?**

- Inglês
- Espanhol
- Chinês
- Outra língua

30. **Qual é o seu nível escolar?**

- 8 anos de escolaridade ou menos
- Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma
- Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED)
- Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos
- Curso universitário de 4 anos
- Curso universitário com duração superior a 4 anos

31. **É de origem espanhola, hispânica ou latina?**

- Não, não sou de origem espanhola, hispânica ou latina
- Sim, de origem cubana
- Sim, de origem mexicana, mexicana americana, chicana
- Sim, de origem porto-riquenha
- Sim, outra origem espanhola/hispânica/latina

32. **Qual a sua raça? Escolha uma ou mais.**

- Índia americana ou nativa do Alasca
- Asiática
- Negra ou afro-americana
- Nativa do Havai ou de outra Ilha do Pacífico
- Branca

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).

OBRIGADO

Devolva, por favor, este estudo depois de preenchido, no envelope com porte pré-pago.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

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

As perguntas 1 a 32 desta pesquisa são documentos do governo dos EUA e são do domínio público, pelo que NÃO estão sujeitas às leis de direitos de autor dos EUA.

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]

Exmo. Sr./Exma. Sra. [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]:

Os nossos registos indicam que esteve recentemente hospitalizado no [HOSPITAL NAME], tendo tido alta em [MM/DD/YYYY]. Dado que a sua hospitalização teve lugar recentemente, vimos solicitar a sua ajuda.

A pesquisa anexa é parte de uma iniciativa para compreender como os pacientes percebem o tratamento hospitalar que receberam. A pesquisa é patrocinada pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e esta deve levar aproximadamente [NUMBER] minutos a preencher.

A sua participação é voluntária e as suas respostas serão mantidas confidenciais. As suas informações ajudarão a melhorar o atendimento oferecido pelos hospitais e a ajudar outras pessoas a escolher um hospital. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na Internet em [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) (www.medicare.gov/care-compare).

Depois de preencher a pesquisa, devolva-a no envelope pré-pago. Se tiver alguma dúvida sobre a pesquisa em anexo, contacte este (OPTIONAL TO STATE número gratuito): [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE ou envie-nos um e-mail para [EMAIL ADDRESS]).

Agradecemos muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

Atenciosamente,

[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]

Exmo. Sr./Exma. Sra. [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]:

Anteriormente, pedimos a sua opinião sobre a sua recente experiência no [NAME OF HOSPITAL], de onde teve alta em [DD/MM/YYYY]. Se já nos devolveu a pesquisa, muito agradecemos, e solicitamos que ignore esta carta. No entanto, se ainda não respondeu à pesquisa, agradecemos que disponibilize agora alguns minutos para o seu preenchimento.

A pesquisa anexa é parte de uma iniciativa para compreender como os pacientes percebem o tratamento hospitalar que receberam. A pesquisa é patrocinada pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e esta deve levar aproximadamente [NUMBER] minutos a preencher.

A sua participação é voluntária e as suas respostas serão mantidas confidenciais. As suas informações ajudarão a melhorar o atendimento oferecido pelos hospitais e a ajudar outras pessoas a escolher um hospital. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na Internet em [Medicare.gov \(www.medicare.gov/care-compare\)](https://www.medicare.gov/care-compare).

Depois de preencher a pesquisa, devolva-a no envelope pré-pago. Se tiver alguma dúvida sobre a pesquisa em anexo, contacte este (OPTIONAL TO STATE número gratuito): [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE ou envie-nos um e-mail para [EMAIL ADDRESS]).

Agradecemos muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

Atenciosamente,

[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. A pesquisa é patrocinada pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e esta deve levar aproximadamente [NUMBER] minutos a preencher.
2. A sua participação é voluntária e as suas respostas serão mantidas confidenciais.
3. As suas informações ajudarão a melhorar o atendimento oferecido pelos hospitais e a ajudar outras pessoas a escolher um hospital. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na Internet em Care Compare em [Medicare.gov \(www.medicare.gov/care-compare\)](http://www.medicare.gov/care-compare).
4. Agradecemos muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

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:

De acordo com a Lei de Redução da Burocracia de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a perguntas para a recolha de informações, a não ser que seja apresentado um número de controlo válido da Secretaria de Administração e Orçamento (Office of Management and Budget). O número de controlo válido para esta recolha de informações é 0938-0981 (Expira TBD). Estimamos que o tempo necessário para preencher esta recolha de informações seja, em média, 8 minutos para as perguntas 1 a 32 da pesquisa, incluindo o tempo necessário para ler as instruções, pesquisar recursos de dados já existentes, reunir os dados necessários, e preencher e rever a recolha de informações. Se tiver qualquer comentário relacionado com a precisão das nossas estimativas de tempo, ou se tiver sugestões para ajudar a melhorar este formulário, escreva para: Centers for Medicare & Medicaid Services, 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).

As perguntas 1 a 32 desta pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América para uso na avaliação de qualidade. Quaisquer perguntas adicionais são do [NAME OF HOSPITAL] para obter mais informações sobre a sua hospitalização e não serão compartilhadas com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos.

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:

Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes.

Copyright Statement

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

As perguntas 1 a 32 desta pesquisa são documentos do governo dos EUA e são do domínio público, pelo que NÃO estão sujeitas às leis de direitos de autor dos EUA.