

HCAHPS

Web Survey (Russian)

PROGRAMMING SPECIFICATIONS

HCAHPS Survey Questions:

- *Display only one survey item per web screen*
- *When displayed, “BACK” button appears in the lower left of each web screen*
- *When displayed, “NEXT” button appears in the lower right of each web screen*
- *No changes are permitted to the wording or order of the HCAHPS questions (Questions 1-32) or the response categories*
- *All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.*
- *All questions can be paged through without requiring a response*
- *All questions are programmed to accept only one response, with the exception of Question 32*

Formatting:

- *Use computer programs that are accessible in mobile and computer versions that are 508 compliant, present similarly on different browser applications, browser sizes and platforms (mobile, tablet, computer)*
- *[Square brackets] and UPPERCASE letters are used to show programming and other instructions that must not actually appear on web screens*
- *Every web screen has a shaded header*
- *Every web screen uses a dark, readable font color (black or dark blue) and type (i.e., Arial or Times New Roman)*
- *Font color and size (12-point at a minimum) must be consistent throughout the web survey*
- *No changes are permitted to the formatting or wording of the web screens*
- *Wording that is underlined must be emphasized in the same manner*
- *Only one language (i.e., English, Spanish, etc.) may appear on each web screen throughout the survey*

Welcome Web Screen:

- *Hospital logos may be included on the Welcome web screen; however, other images, tag lines or website links are not permitted*
- *The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS 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”*
- *Display customer support phone number (optional to provide customer support email address)*

OMB Paperwork Reduction Act Language and Copyright Statement:

- *The OMB Paperwork Reduction Act language must be displayed on the Welcome web screen below the survey “START” button*
 - *The OMB language font size must appear smaller than the rest of the text of the Welcome web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*
- *The copyright statement must be displayed on the Thank You web screen below the survey “SUBMIT” button*
 - *The copyright statement font size must appear smaller than the rest of the text of the Thank You web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*

Supplemental Items:

- *A limit of 12 supplemental items may be added to the survey in accordance with the following:*
 - *A mandatory transition statement and header must follow the last HCAHPS question (Question 32)*
 - *Only one supplemental item may be displayed per web screen*
 - *Each supplemental item must display a header. It is optional to repeat the header used for the transition statement as the supplemental item header or use text that aligns with the subject of the item(s). Supplemental item headers must **not** repeat the HCAHPS question headers.*
 - *Each supplemental item must display a “BACK” button in the lower left of each web screen*
 - *Each supplemental item must display a “NEXT” button in the lower right of each web screen*
- *See the Welcome Web Screen instructions above to determine the [NUMBER] of minutes based on the count of supplemental items added*

ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В ОПРОС О ВПЕЧАТЛЕНИЯХ ОТ ПРЕБЫВАНИЯ В БОЛЬНИЦЕ

Мы хотели бы узнать о вашем недавнем пребывании в больнице **[NAME OF HOSPITAL]**, из которой вы были выписаны **[DATE OF DISCHARGE (MM/DD/YYYY)]**.

- Участие в опросе займет приблизительно **[NUMBER]** минут **[SURVEY VENDOR/HOSPITAL TO SPECIFY NUMBER – SEE PROGRAMMING SPECIFICATIONS FOR WELCOME WEB SCREEN]**
- Участие в опросе является добровольным
- Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больнице
- Вы можете пропустить любой вопрос, на который не хотите отвечать
- Вы можете выйти из опроса в любой момент
- Ваши ответы останутся конфиденциальными

Если у вас возникнут какие-либо вопросы в отношении этого опроса, позвоните по (OPTIONAL TO STATE бесплатному) номеру: **[PHONE NUMBER]** (OPTIONAL TO STATE или отправьте нам сообщение по адресу: **[EMAIL ADDRESS]**). Спасибо!

Нажмите «НАЧАТЬ», чтобы приступить к опросу.

НАЧАТЬ

В соответствии с Постановлением о сокращении документооборота от 1995 г. никто не обязан предоставлять сведения, если на форме опроса не указан действующий контрольный номер OMB. Действующий контрольный номер OMB для данного опроса – 0938-0981 (срок истекает TBD). Для того чтобы ответить на вопросы 1–32, в среднем требуется 8 минут, включая время для просмотра инструкций, поиска существующих данных, сбора необходимых данных и заполнения и проверки анкеты. Если у Вас есть какие-либо комментарии в отношении точности предлагаемого ориентировочного времени или предложения по улучшению данной анкеты, просьба написать по адресу: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ
МЕДСЕСТРАМИ

1. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры относились к вам вежливо и уважительно?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ
МЕДСЕСТРАМИ

2. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры внимательно вас выслушивали?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ
МЕДСЕСТРАМИ

3. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры давали вам понятные объяснения?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ ВРАЧАМИ

4. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи относились к вам вежливо и уважительно?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ ВРАЧАМИ

5. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи внимательно вас выслушивали?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ ВРАЧАМИ

6. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи давали вам понятные объяснения?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

7. Во время данного пребывания в больнице как часто в вашей комнате и туалете проводили уборку?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

8. Во время данного пребывания в больнице как часто вам удавалось отдохнуть, когда вам это было необходимо?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

9. Во время данного пребывания в больнице как часто возле вашей комнаты соблюдалась тишина в ночное время?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

10. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи, медсестры и другой персонал владели общей и актуальной информацией о том, какой медицинский уход вы должны получать?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

11. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи, медсестры и другой персонал демонстрировали слаженную совместную работу при предоставлении вам медицинского ухода?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

12. Во время данного пребывания в больнице требовалась ли вам помощь медсестер или другого персонала больницы для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна?

- Да
- Нет

НАЗАД

ДАЛЕЕ

[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q12 IS "NO"

- SKIP TO Q14*
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q13]*

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

13. Как часто вы получали помощь для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна по первому требованию?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

14. Во время данного пребывания в больнице как часто после вашего обращения за срочной помощью вы получали ее максимально быстро?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда
- Я никогда не обращался(-лась) за срочной помощью

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

15. Во время данного пребывания в больнице давали ли вам какие-либо лекарства, которые вы не принимали до этого?

- Да
- Нет

НАЗАД

ДАЛЕЕ

[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q15 IS "NO"

- SKIP TO Q18

- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q16 AND Q17]

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

16. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы объяснял вам, для чего оно?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

17. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы описывал возможные побочные действия понятным вам способом?

- Никогда
- Иногда
- Как правило
- Всегда

НАЗАД

ДАЛЕЕ

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЙ ВАМ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

18. Во время данного пребывания в больнице помогали ли вам отдыхать и восстанавливаться врачи, медсестры и другой персонал?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет

НАЗАД

ДАЛЕЕ

ВЫПИСКА ИЗ БОЛЬНИЦЫ

19. Взаимодействовали ли ваши врачи, медсестры или другой персонал с вами и с членами вашей семьи или с ухаживающим за вами человеком, чтобы проработать программу дальнейшего ухода за вами после выписки из больницы?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет

НАЗАД

ДАЛЕЕ

ВЫПИСКА ИЗ БОЛЬНИЦЫ

20. Предоставили ли ваши врачи, медсестры или другой персонал членам вашей семьи или ухаживающему за вами человеку достаточно информации о том, на какие симптомы или проблемы со здоровьем следует обращать внимание после выписки из больницы?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет
- У меня не было членов семьи или ухаживающего за мной человека, которые следили бы за моими симптомами или проблемами со здоровьем

НАЗАД

ДАЛЕЕ

ВЫПИСКА ИЗ БОЛЬНИЦЫ

21. Когда вы вышли из больницы, вы сразу направились к себе домой, домой к другому человеку или в другое медицинское учреждение?

- К себе домой
- Домой к другому человеку
- В другое медицинское учреждение

НАЗАД

ДАЛЕЕ

[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE TO Q21 IS "ANOTHER HEALTH FACILITY"

- SKIP TO Q24

- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q22 AND Q23]

ВЫПИСКА ИЗ БОЛЬНИЦЫ

22. Во время данного пребывания в больнице интересовались ли у вас врачи, медсестры или другие сотрудники больницы тем, будет ли вам предоставлена требуемая помощь после выписки из больницы?

- Да
- Нет

НАЗАД

ДАЛЕЕ

ВЫПИСКА ИЗ БОЛЬНИЦЫ

23. Во время данного пребывания в больнице получали ли вы информацию в письменной форме о симптомах и возможных проблемах со здоровьем, на которые вам следует обратить внимание после выписки из больницы?

- Да
- Нет

НАЗАД

ДАЛЕЕ

ОБЩИЙ РЕЙТИНГ БОЛЬНИЦЫ

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы опроса о данном пребывании в больнице **[HOSPITAL NAME]**, из которой вы были выписаны **[DISCHARGE MM/DD/YYYY]**. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больнице.

24. Используя цифры от 0 до 10, где 0 обозначает самую худшую больницу, а 10 – самую лучшую больницу, какую цифру вы бы поставили для оценки данной больницы во время вашего пребывания в ней?

- 0 Самая худшая больница из возможных
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Самая лучшая больница из возможных

НАЗАД

ДАЛЕЕ

ОБЩИЙ РЕЙТИНГ БОЛЬНИЦЫ

25. Рекомендовали бы вы данную больницу вашим друзьям и родственникам?

- Определенно нет
- Возможно нет
- Возможно да
- Определенно да

НАЗАД

ДАЛЕЕ

О ВАС

26. Планировалось ли заранее данное пребывание в больнице?

- Определенно, да
- Да, в некоторой степени
- Нет

НАЗАД

ДАЛЕЕ

О ВАС

27. В целом, как бы вы оценили ваше общее состояние здоровья?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

НАЗАД

ДАЛЕЕ

О ВАС

28. Как бы вы в целом оценили ваше психическое или эмоциональное состояние?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

НАЗАД

ДАЛЕЕ

О ВАС

29. На каком языке вы в основном говорите дома?

- Английский
- Испанский
- Китайский
- Другой язык

НАЗАД

ДАЛЕЕ

О ВАС

30. Укажите последний класс или уровень учебного заведения, которое вы закончили?

- 8-й класс или меньше
- Средняя школа, не закончил (а)
- Выпускник средней школы либо диплом об общем образовании
- Колледж или диплом о двухгодичном обучении
- Выпускник колледжа четырехгодичного обучения
- Выпускник колледжа более 4-х лет обучения

НАЗАД

ДАЛЕЕ

О ВАС

31. Вы испанец, испано- или латиноамериканец по происхождению?

- Нет, не испанец/испано-/латиноамериканец
- Да, кубинец
- Да, мексиканец, американец мексиканского происхождения, чикано
- Да, пуэрториканец
- Да, другое, испанец/испано-/латиноамериканец

НАЗАД

ДАЛЕЕ

О ВАС

32. Ваша раса? Пожалуйста, выберите один или более пунктов.

- Американский индеец или уроженец Аляски
- Азиат
- Чернокожий или афроамериканец
- Уроженец Гавайских островов или островов Тихого океана
- Белый

НАЗАД

ДАЛЕЕ

[Q32 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]

[IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED (LIMIT OF 12) THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT INCLUDING THE HEADER MUST BE PLACED **ON A SEPARATE WEB SCREEN** IMMEDIATELY BEFORE THE FIRST SUPPLEMENTAL ITEM WEB SCREEN.]

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ О ВАШИХ ВПЕЧАТЛЕНИЯХ ОТ ПРЕБЫВАНИЯ В ЭТОЙ БОЛЬНИЦЕ

Вопросы 1–32 данного опроса используются Министерством здравоохранения и социальных служб США для оценки качества. Все дополнительные вопросы включены в анкету больницей **[NAME OF HOSPITAL]** с целью получения дополнительных отзывов о Вашем пребывании в больнице, и ответы на них не будут переданы в Министерство здравоохранения и социальных служб США.

НАЗАД

ДАЛЕЕ

БЛАГОДАРИМ ВАС

Наш опрос подошел к концу. Если вы закончили отвечать на предложенные вопросы, нажмите «ОТПРАВИТЬ», чтобы завершить опрос. Спасибо за уделенное время!

НАЗАД

ОТПРАВИТЬ

Вопросы 1–32 разработаны правительством США, находятся в открытом доступе и по этой причине НЕ подпадают под действие законов США об авторских правах.

SAMPLE INITIAL EMAIL INVITATION

PROGRAMMING SPECIFICATIONS

Use this invitation for the first email to sampled patients with an email address, for the following modes:

- **Web-Mail**
- **Web-Phone**
- **Web-Mail-Phone**

From: [SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS]

To: [SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS]

Subject: Расскажите нам о больнице [HOSPITAL NAME]

Уважаемый(-ая) [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]!

Просим Вас пройти опрос, посвященный больнице [HOSPITAL NAME].

Чтобы принять участие в опросе, нажмите здесь. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

Данная анкета является частью инициативы, направленной на понимание того, как пациенты относятся к полученному ими в больнице обслуживанию. Опрос проводится при финансовой поддержке Министерства здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services). Участие в опросе займет у Вас приблизительно [NUMBER] минут.

Ваше участие в данном опросе является добровольным. Мы гарантируем полную конфиденциальность Ваших ответов. Результаты данного опроса помогут другим людям в выборе больницы, а больницам — в улучшении качества предоставляемых услуг. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе в разделе Care Compare на портале [Medicare.gov](http://www.medicare.gov) (www.medicare.gov/care-compare).

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы в отношении этой анкеты, позвоните по этому (OPTIONAL TO STATE бесплатному) номеру: [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE или отправьте нам сообщение по адресу: [EMAIL ADDRESS]).

Мы очень признательны за Вашу помощь в улучшении качества медицинского обслуживания.

С уважением,
[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

SAMPLE REMINDER EMAIL INVITATION

PROGRAMMING SPECIFICATIONS

Use this invitation for the reminder emails to sampled patients with an email address, for the following modes:

- **Web-Mail (second and third email invitation)**
- **Web-Phone (second and third email invitation)**
- **Web-Mail-Phone (second email invitation)**

From: [SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS]

To: [SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS]

Subject: Расскажите нам о больнице [HOSPITAL NAME]

Уважаемый(-ая) [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]!

Недавно мы обратились к Вам с просьбой оставить отзыв о больнице [HOSPITAL NAME]. Если Вы уже прошли этот опрос, примите нашу благодарность и не обращайте внимания на это письмо. Однако если Вы его еще не прошли, пожалуйста, уделите несколько минут на то, чтобы сделать это сейчас.

Чтобы принять участие в опросе, нажмите здесь. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

Данная анкета является частью инициативы, направленной на понимание того, как пациенты относятся к полученному ими в больнице обслуживанию. Опрос проводится при финансовой поддержке Министерства здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services). Участие в опросе займет у Вас приблизительно [NUMBER] минут.

Ваше участие в данном опросе является добровольным. Мы гарантируем полную конфиденциальность Ваших ответов. Результаты данного опроса помогут другим людям в выборе больницы, а больницам — в улучшении качества предоставляемых услуг. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе в разделе Care Compare на портале [Medicare.gov](http://www.medicare.gov/care-compare) (www.medicare.gov/care-compare).

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы в отношении этой анкеты, позвоните по этому (OPTIONAL TO STATE бесплатному) номеру: [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE или отправьте нам сообщение по адресу: [EMAIL ADDRESS]).

Мы очень признательны за Вашу помощь в улучшении качества медицинского обслуживания.

С уважением,
[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

Web Survey and Email Invitation Required Language

For the full set of requirements for the HCAHPS web survey and email invitations, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Web-Mail, Web-Phone and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.

Verbatim Language on the Email Invitations

The following sentences must appear verbatim on each email invitation:

1. *Subject line:* Расскажите нам о больнице [HOSPITAL NAME]
2. *Initial Email Invitation first sentence:* Просим Вас пройти опрос, посвященный больнице [HOSPITAL NAME].
3. *Reminder Email Invitation first sentence:* Недавно мы обратились к Вам с просьбой оставить отзыв о больнице [HOSPITAL NAME].
4. Опрос проводится при финансовой поддержке Министерства здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services). Участие в опросе займет у Вас приблизительно [NUMBER] минут.
5. Ваше участие в данном опросе является добровольным. Мы гарантируем полную конфиденциальность Ваших ответов.
6. Результаты данного опроса помогут другим людям в выборе больницы, а больницам — в улучшении качества предоставляемых услуг. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе в разделе Care Compare на портале [Medicare.gov](http://www.medicare.gov/care-compare) (www.medicare.gov/care-compare).
7. Мы очень признательны за Вашу помощь в улучшении качества медицинского обслуживания.

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 on the Welcome web screen and appear below the survey “START” button. The following is the language that must be used:

В соответствии с Постановлением о сокращении документооборота от 1995 г. никто не обязан предоставлять сведения, если на форме опроса не указан действующий контрольный номер ОМВ. Действующий контрольный номер ОМВ для данного опроса — 0938-0981 (срок истекает TBD). Для того чтобы ответить на вопросы 1–32, в среднем требуется 8 минут, включая время для просмотра инструкций, поиска существующих данных, сбора необходимых данных и заполнения и проверки анкеты. Если у Вас есть какие-либо комментарии в отношении точности предлагаемого ориентировочного времени или предложения по улучшению данной анкеты, просьба написать по адресу: 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 including the header must be placed on a separate web screen immediately before the first supplemental item web screen as follows.

Header:

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ О ВАШИХ ВПЕЧАТЛЕНИЯХ ОТ ПРЕБЫВАНИЯ
В ЭТОЙ БОЛЬНИЦЕ

Statement:

Вопросы 1–32 данного опроса используются Министерством здравоохранения и социальных служб США для оценки качества. Все дополнительные вопросы включены в анкету больницей [NAME OF HOSPITAL] с целью получения дополнительных отзывов о Вашем пребывании в больнице, и ответы на них не будут переданы в Министерство здравоохранения и социальных служб США.

Copyright Statement

The following copyright statement must be displayed on the Thank You web screen and appear below the survey “SUBMIT” button:

Вопросы 1–32 разработаны правительством США, находятся в открытом доступе и по этой причине НЕ подпадают под действие законов США об авторских правах.

Unsubscribe/Opt-out Language (Optional)

An Unsubscribe statement is not required to be included in the email invitations. However, if an Unsubscribe statement is added, it should appear at the bottom of the email invitations as follows:

Если Вы не хотите получать новые электронные письма с предложением принять участие в опросе об этом пребывании в больнице, нажмите Отписаться.

If clicking the Unsubscribe link takes the patient to a new page, that page MUST include the following statement:

Мы удалим Ваш адрес из рассылки, связанной с этим опросом о пребывании в больнице.