OMB 控制数码:0938-0926
截止日期: 2029 年 2 月 28 日

联邦医疗保险 (Medicare) 透析中心血液透析调查问卷

根据美国 1995 年《文书工作削减法》(Paperwork Reduction Act of 1995) 的规定，除非信息收集表上标示了有效的美国行政管理和预算局 (OMB) 控制编号，否则任何人都无需提交表中要求的信息。本信息收集表的有效 OMB 控制编号为 0938-0926。本信息收集表可产生透析机构的可比数据，从而帮助个人选择机构并改善护理。预计填写此信息收集表所需的平均时间为每份不到 12 分钟，这包括阅读说明、搜索现有数据资源、收集所需资料、审阅和填写信息收集表所需的时间。对于符合 42 CFR §413.178(c)(iii) 要求的透析机构，必须填写此信息收集表以满足计划要求；对于调查受访者，填写此表属于自愿行为。我们将根据 5 U.S.C. 552a (《1974 年隐私法》) 对此表保密。如果您对填表预估时间的准确性有任何意见，或者对改进此表格有任何建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. ******CMS 披露**** 请不要向 PRA Reports Clearance Office 发送申请、索赔、付款、医疗记录或任何包含敏感信息的文件。请注意，我们不会审核、转发或保留任何与本表所列相关 OMB 控制编号下的获批信息收集责任无关的信件。如果您对提交文件的位置有任何问题或疑虑，请联系 ICHCAHPS@cms.hhs.gov。**

调查问卷说明

此问卷中的问题和您在[SAMPLE FACILITY NAME]接受透析治疗的经历有关。

对于每个问题，请在问题左侧的方块勾选您的答案。

调查问卷有时会提示您跳过其中某些问题。需要跳过问题时，您将会看到一个箭头，提示接下来要回答哪个问题，如下所示：

1☐ 是
2☒ 否 → **如果选择「否」，请转到第 25 题**

1. **您在哪里接受透析治疗？**

1☐ 在家或住在专业养老院 → **如果在家或住在专业养老院，请转到第 32 题**
2☐ 透析中心
3☐ 我目前没有接受治疗 → **如果目前没有接受治疗，请转到第 32 题**

2. **您在[SAMPLE FACILITY NAME]接受透析治疗已有多长时间？**

1☐ 少于 3 个月 → **如果少于 3 个月，请转到第 32 题**
2☐ 至少 3 个月但少于 1 年
3☐ 至少 1 年但少于 5 年
4☐ 5 年或以上
5☐ 我目前不在此透析中心接受治疗 → **如果目前不在此中心接受治疗，请转到第 32 题**

透析中心工作人员

对于接下来的问题，所提到的透析中心工作人员*不*包括医师。透析中心工作人员是指这家透析中心的护士，技术人员，营养师和社工。

3. **过去 3 个月内，透析中心工作人员多经常会认真听您说话？**

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

4. **过去 3 个月内，透析中心工作人员多经常会采用容易理解的方式向您解释事情？**

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

5. **过去 3 个月内，透析中心工作人员多经常会对您说的话表示尊重？**

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

6. **过去 3 个月内，透析中心工作人员多经常会在您身上花足够的时间？**

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

7. **过去 3 个月内，透析中心工作人员多经常会让您在透析过程中尽量感到舒适？**

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

8. **过去 3 个月内，对于您在透析治疗方面想知道的一切事情，您是否都能轻松自在地请教透析中心工作人员？**

1☐ 是
2☐ 否

9. 透析中心工作人员会使用人工血管、廔管或导管将您连接到透析机。您是否知道如何保管照料您的人工血管，廔管或导管？

1☐ 是
2☐ 否

10. 过去 **3** 个月内，工作人员最常使用哪一种方式来将您连接到透析机？

1☐ 人工血管
2☐ 廔管
3☐ 导管
4☐ 不知道

11. 过去 **3** 个月内，透析中心工作人员多经常会在您透析时应您的要求对您进行密切查看？

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

12. 过去 **3** 个月内，在您透析期间是否出现任何问题？

1☐ 是
2☐ 否 → **如果选择「否」，请转到问题 14**

13. 过去 **3** 个月内，透析中心工作人员多经常能够应对在您透析期间出现的问题？

1☐ 从来不能
2☐ 有时候能
3☐ 经常能
4☐ 一直都能

14. 过去 **3** 个月内，透析中心工作人员多经常会表现出专业素质？

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

请记住，对于这些问题，所提到的透析中心工作人员*不*包括医师。透析中心工作人员是指这家透析中心的护士，技术人员，营养师和社工。

15. 过去 **3** 个月内，透析中心工作人员多经常会采用容易理解的方式向您解释验血结果？

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

16. 作为患者，您具有某些权利。例如，您具有受尊重的权利和隐私权。这家透析中心是否曾为您提供有关患者权利的书面信息？

1☐ 是
2☐ 否

17. 透析中心工作人员是否曾与您回顾讨论过您作为患者的权利？

1☐ 是
2☐ 否

18. 透析中心工作人员是否告诉过您，如果您在家中出现健康问题该怎么做？

1☐ 是
2☐ 否

19. **透析中心工作人员是否告诉过您，如果透析中心发生紧急情况，该如何脱离透析机？**

1☐ 是
2☐ 否

20. **如果以数字 0 至 10 来评价透析中心工作人员，0 代表最差，10 代表最好，您会用哪个数字来评价透析中心工作人员？**

0☐ 0 最差的透析中心工作人员
1☐ 1
2☐ 2
3☐ 3
4☐ 4
5☐ 5
6☐ 6
7☐ 7
8☐ 8
9☐ 9
10☐ 10 最好的透析中心工作人员

透析中心

21. **过去 3 个月内，在您准时到达的情况下，您多经常会在约诊或轮换时间的 15 分钟内上机进行透析治疗？**

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

22. **过去 3 个月内，透析中心多经常会尽可能保持清洁？**

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

23. **如果以数字 0 至 10 来评价透析中心，0 代表最差，10 代表最好，您会用哪个数字来评价这家透析中心？**

0☐ 0 最差的透析中心
1☐ 1
2☐ 2
3☐ 3
4☐ 4
5☐ 5
6☐ 6
7☐ 7
8☐ 8
9☐ 9
10☐ 10 最好的透析中心

治疗

接下来的几个问题将会询问您在过去 12 个月内的治疗情况。您回答这些问题时，请只考虑您在 [SAMPLE FACILITY NAME] 的治疗情况，即使您过去 12 个月内不是一直在那里接受治疗，也没有关系。

24. **您可以透过在中心透析，肾脏移植或在家透析来治疗肾脏疾病。过去 12 个月内，您的肾脏医师或透析中心工作人员是否应您要求，尽可能详细地跟您讨论哪一种治疗适合您？**

1☐ 是
2☐ 否

25. 您是否符合肾脏移植的条件？

1☐ 是 → **如果选择「是」，请转到问题 27**
2☐ 否
3☐ 我不知道 → **如果选择「不知道」，请转到问题 27**

26. 过去 **12** 个月内，是否有医师或透析中心工作人员向您解释为什么您不符合肾脏移植的条件？

1☐ 是
2☐ 否

27. 腹膜透析是一种透过腹腔进行的透析，通常在家中进行。过去 **12** 个月内，您的肾脏医师或透析中心工作人员是否跟您讨论过腹膜透析？

1☐ 是
2☐ 否

28. 过去 **12** 个月内，您是否能够按照您期望的程度参与选择适合您肾病的治疗？

1☐ 是
2☐ 否

29. 过去 **12** 个月内，您是否曾对从透析中心或您的肾脏医师处接受的治疗感到不满？

1☐ 是
2☐ 否 → **如果选择「否」，请转到问题 32**

30. 过去 **12** 个月内，您是否跟透析中心工作人员谈论过这个问题？

1☐ 是
2☐ 否 → **如果选择「否」，请转到问题 32**

31. 过去 **12** 个月内，您多经常会对他们解决问题的方法感到满意？

1☐ 从来不会
2☐ 有时候会
3☐ 经常会
4☐ 一直都会

有关您本人的信息

32. 大体上，您如何评价您的总体健康状况？

1☐ 极好
2☐ 非常好
3☐ 良好
4☐ 一般
5☐ 差

33. 大体上，您如何评价您的总体心理或情绪健康状况？

1☐ 极好
2☐ 非常好
3☐ 良好
4☐ 一般
5☐ 差

34. 您的最高教育程度是？

1☐ 没有受过正规教育
2☐ 5 年级或以下
3☐ 6，7 或 8 年级
4☐ 读过高中，但未毕业
5☐ 高中毕业或有同等学业文凭（GED）
6☐ 上过大学，或 2 年制学位
7☐ 4 年制大学毕业
8☐ 4 年制大学学历以上

35. **您在家主要讲哪种语言？请只选择一个答案。**

1☐ 英文
2☐ 西班牙语
3☐ 中文
4☐ 萨摩亚语
5☐ 俄语
6☐ 越南语
7☐ 葡萄牙语
8☐ 其他语言（请注明）：

_____

36. **您属于什么种族或民族？请选择一项或多项。**

1☐ 印第安人或阿拉斯加原住民
2☐ 亚洲人
3☐ 黑人或非裔美国人
4☐ 西班牙裔或拉丁裔
5☐ 中东人或北非人
6☐ 夏威夷岛原住民或其他太平洋岛民
7☐ 白人

完成调查问卷协助

37. **是否有人协助您填写本调查问卷？**

1☐ 是
2☐ 否 → **谢谢您。请使用已付邮资的信封寄回完成的调查问卷。**

38. **他/她如何协助您填写？请选择一项或多项。**

1☐ 为我读出问题
2☐ 写下我提供的答案
3☐ 替我回答问题
4☐ 将问题翻译成我的母语
5☐ 其他方式的协助（请以正楷写明）：

_____

谢谢您。请使用随附的信封将本调查问卷寄回至：

VENDOR'S NAME
STREET ADDRESS 1
STREET ADDRESS 2
CITY, STATE, ZIP