

برای اعضای از خانوار تکمیل شود که به سؤالات HL11 یا HL12 از پرسش‌نامه‌ی خانوار پاسخ بلی داده‌اند.

اطلاعات زن		Woman's Information	
نام استان: ..... IU1-1	نام شهرستان: ..... IU1-2	کد بلوک در آبادی بلوکه IU2-3	شماره‌ی خوشه IU3
شهری <input type="checkbox"/> ۱ روستایی <input type="checkbox"/> ۲ IU1-3	کد بلوک / آبادی IU2-1	شماره‌ی ردیف خانوار در ستون ۱۰ فرم فهرست‌برداری سرشماری IU4-1	شماره‌ی شناسایی یکتای خانوار IU4-2
نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار: ..... IU5	نام و نام خانوادگی عضو خانوار: ..... IU6	چند سال دارید؟ IU8	جنس عضو خانوار: IU9
شماره‌ی ردیف عضو خانوار در جدول فهرست اعضای خانوار IU7		مرد <input type="checkbox"/> (۰۱) زن <input type="checkbox"/> (۰۲)	

نام و نام خانوادگی پرسشگر: IU11-1	شماره شناسایی پرسشگر: IU11-2	IU10 تاریخ انجام مصاحبه: ۱۳۹۴ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> روز ماه سال
--------------------------------------	---------------------------------	--

ما از طرف مرکز آمار ایران آمده‌ایم و در حال حاضر روی مطالعه‌ای در خصوص بهره‌مندی از خدمات سلامت کار می‌کنیم. مایل هستیم درباره‌ی این موارد با شما صحبت کنیم. این بخش از مصاحبه حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به طول می‌انجامد. تمام اطلاعاتی که از شما کسب می‌کنیم کاملاً محرمانه باقی می‌ماند و پاسخ‌های شما با هیچ‌کس به‌جز افراد گروه مطالعه‌ی ما در میان گذاشته نخواهد شد.

اجازه می‌دهید شروع کنم؟

بلی، اجازه داده می‌شود ←  (با مراجعه به IU14 و ثبت زمان، مصاحبه را آغاز کنید.)

نه، اجازه داده نمی‌شود ←  (با مراجعه به IU15 و ثبت کد نتیجه مصاحبه را تمام کنید.)

بازبین (شماره شناسایی): IU12	مسئول ورود داده‌ها (شماره شناسایی): IU13
---------------------------------	---

IU14 زمان شروع مصاحبه را ثبت کنید: ساعت: <input type="text"/> دقیقه: <input type="text"/>
--

IU15 کد نتیجه مصاحبه با عضو خانوار: <input type="text"/>	کدهای نتیجه‌ی مصاحبه با عضو خانوار ۰۱ مصاحبه کامل انجام شد. ۰۲ عضو خانوار از پاسخگویی امتناع کرد. ۰۳ سایر (مشخص کنید) .....
---	--

## بخش ۱- فهرست نیازهای خدمات سرپایی دو هفته‌ی گذشته

✎ برای اعضای از خانوار که طی دو هفته‌ی گذشته احساس نیاز به دریافت خدمات سرپایی بهداشتی، درمانی، دندان پزشکی، پاراکلینک، مشاوره‌ی روانی یا خدمات مراقبتی الزامی داشته‌اند؛ تکمیل شود.

برای کد ۱ ستون D- وضع دریافت خدمت										D- وضع دریافت خدمت		M- وضع مراجعه		A- بروز نیاز		✎ نیازهای عضو خانوار را در این جدول فهرست کنید.  ✎ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در ☒ بزنید.		
UO1. برای دریافت خدمات سرپایی، به کجا مراجعه کردید و از چه کسی خدمت دریافت کردید؟ (به ترتیب مراجعه کدمحل‌ها را ذکر کنید). ✎ چنانچه عضو خانوار در طی دو هفته‌ی گذشته، مجبور به دریافت خدمت از چند مرکز ارائه‌دهنده‌ی خدمت شده است، به ترتیب کدمحل‌های مراجعه را از راست به چپ در مربع‌های مشخص شده وارد کنید (در صورتی که برای یک نیاز به یک کدمحل خاص، بیش از یک بار مراجعه شده است کد مربوط به آن را تکرار کنید). برای نوشتن کدمحل‌های مراجعه از کدنامه‌ای که در اختیارتان قرار گرفته است استفاده کنید.										برای کد ۱ ستون M- وضع مراجعه		این نیاز از چه زمانی بروز کرده است؟		در دو هفته گذشته شروع شده است ۱ از قبل وجود داشته و در دو هفته گذشته ادامه پیدا کرده است ۲				
UO1-10	UO1-9	UO1-8	UO1-7	UO1-6	UO1-5	UO1-4	UO1-3	UO1-2	UO1-1	آیا پس از مراجعه موفق به دریافت خدمات بهداشتی، درمانی شدید؟	آیا برای دریافت خدمات بهداشتی، درمانی سرپایی مراجعه کردید؟	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N1 نام نیاز ۱:.....
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N2 نام نیاز ۲:.....
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N3 نام نیاز ۳:.....
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N4 نام نیاز ۴:.....
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N5 نام نیاز ۵:.....
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N6 نام نیاز ۶:.....
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N7 نام نیاز ۷:.....
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N8 نام نیاز ۸:.....
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N9 نام نیاز ۹:.....
										بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	N10 نام نیاز ۱۰:.....

جدول D-2 (برای کد ۲ ستون D - وضع دریافت خدمت)	
✎ نیازهایی که فرد پس از مراجعه موفق به دریافت خدمات بهداشتی، درمانی نشده است	
در این قسمت باز نویسی شوند.	ND-2-1
۱- شماره نیاز	

برای این نیاز بخش ۱-۴ تکمیل شود.

جدول M-2 (برای کد ۲ ستون M - وضع مراجعه)	
✎ نیازهایی که برای‌شان مراجعه‌ای برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی انجام نشده است	
در این قسمت باز نویسی شوند.	NM-2-1
۱- شماره نیاز	

برای این نیاز بخش ۱-۳ تکمیل شود.

## بخش ۱-۱ - ارزیابی هر یک از خدمات سرپایی دریافت شده توسط عضو خانوار

🕒 برای اولین نیزی که برای آن ستون مربوط به UO1 تکمیل شده است، برای سه کدمحل آخر، این بخش از پرسشنامه تکمیل شود. به طوری که کدمحل مراجعه شامل مراجعه به داروخانه، ارجاع به آزمایشگاه و پاراکلینیک (کدمحل های ۹۱-۹۷) نباشد.

نام نیاز			کد نیاز
کدمحل خدمت آخر			کدمحل خدمت دوبار ماقبل آخر
<p>خدمات و مراقبت های بهداشتی که دریافت کرده اید، بیان کنید.                      🕒 (تمام گزینه ها خوانده شود)                      🕒 سه کدمحل خدمت آخر را از جدول UO1 بالای ستون های مربوط بازنویسی کنید.</p>			
<p>UO2. آیا مراقبت های بهداشتی زیر را دریافت کردید؟ 🕒 (با توجه به شرایط پاسخگو گزینه ی مربوط خوانده شود)</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO2-1. مراقبت کودکان</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO2-2. مراقبت مادران دوران بارداری و پس از زایمان</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO2-3. تنظیم خانواده</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO2-4. سایر مراقبت های بهداشتی لطفاً ذکر کنید.</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO3. معاینه شدید؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO4. آیا برای اقدامات تشخیصی تصویربرداری یا آزمایشگاه (رادیولوژی، MRI، آزمایش ... ) ارجاع شدید؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO5. آیا برای شما اقدامات تشخیصی سرپایی (آندوسکوپی، بیوپسی، پاپ اسمیر، نمونه برداری و ... ) انجام شد (داخل مطب یا مرکز درمانی)؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO6. آیا برای شما اقدامات تشخیصی نظیر لاپاراسکوپی های تشخیصی (داخل مطب یا مرکز درمانی) انجام شد؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO7. نسخه یا دارویی دریافت کردید؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO8. تحت یک اقدام درمانی (به استثنای دارو و نسخه) قرار گرفتید (نظیر دیالیز، شیمی درمانی، فیزیوتراپی ... )؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO9. تحت یک عمل جراحی سرپایی (نظیر کاتاراکت، اعمال زیبایی و ... ) قرار گرفتید؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO10. برای شما تزریقات یا پانسمان انجام شد؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO11. آیا خدمت آزمایشگاهی برای شما انجام شد؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO12. ارائه دهنده خدمت درباره مشکل سلامتی شما را راهنمایی و مشاوره کرد؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO13. خدمات مراقبتی الزامی (آزمایشات ازدواج، استخدامی، ادواری، حج و ... ) دریافت کردید؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO14. آیا به سطوح بالاتر ارجاع شدید؟</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>🕒 در صورت بلی به سوال UO15 رجوع کنید و در غیر این صورت به UO16 بروید.</p>			
بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
<p>UO15. علت ارجاع به سطوح بالاتر چه بوده است؟</p>			
به توصیه ی پزشک متخصص <input type="checkbox"/> ۱	به توصیه ی پزشک متخصص <input type="checkbox"/> ۱	به توصیه ی پزشک متخصص <input type="checkbox"/> ۱	
به تشخیص پزشک (پرسنل) معالج <input type="checkbox"/> ۲	به تشخیص پزشک (پرسنل) معالج <input type="checkbox"/> ۲	به تشخیص پزشک (پرسنل) معالج <input type="checkbox"/> ۲	
به اصرار خودم بود <input type="checkbox"/> ۳	به اصرار خودم بود <input type="checkbox"/> ۳	به اصرار خودم بود <input type="checkbox"/> ۳	
در آن محل خدمت مورد نیاز ارائه نمی شد <input type="checkbox"/> ۴	در آن محل خدمت مورد نیاز ارائه نمی شد <input type="checkbox"/> ۴	در آن محل خدمت مورد نیاز ارائه نمی شد <input type="checkbox"/> ۴	

خدمات و مراقبت‌های بهداشتی که دریافت کرده‌اید، بیان کنید.		نام نیاز		کد نیاز	
† (تمام گزینه‌ها خوانده شود) † سه کدمحل خدمت آخر را از جدول UO1 بالای ستون‌های مربوط بازنویسی کنید.		.....			
کدمحل خدمت آخر	کدمحل خدمت ماقبل آخر	کدمحل خدمت ماقبل آخر	کدمحل خدمت ماقبل آخر	کدمحل خدمت ماقبل آخر	کدمحل خدمت ماقبل آخر
UO16. برای دریافت خدمات از زمان اقدام تا پایان کار چقدر طول کشید؟ † (همه‌ی گزینه‌ها خوانده شود)					
UO16-1. وقت گرفتن † (کمتر از یک روز = صفر)		روز..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	روز..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	روز..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	روز..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N
UO16-2. زمان صرف‌شده در راه		دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N
UO16-3. سالن انتظار		دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N
UO16-4. دریافت خدمت		دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	دقیقه..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N
UO16-5. دریافت جواب (در مورد خدمات تشخیصی) † (کمتر از یک روز = صفر)		روز..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	روز..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	روز..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	روز..... نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N
UO17. مخارج خدمت سرپایی † (مبلغ به تومان نوشته شود، در مواردی که مبلغ اظهار نمی‌شود گزینه‌ی مناسب با علامت ضربدر در مربع مشخص شده <input checked="" type="checkbox"/> انتخاب شود)					
UO17-1. رفت و آمد		تومان.....	تومان.....	تومان.....	تومان.....
		نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R
UO17-2. ویزیت / دریافت مستقیم / فرانشیز / متفرقه		تومان.....	تومان.....	تومان.....	تومان.....
		نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R
UO17-3. اقدامات تشخیصی		تومان.....	تومان.....	تومان.....	تومان.....
		نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R
UO17-4. اقدامات درمانی		تومان.....	تومان.....	تومان.....	تومان.....
		نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R
UO17-5. هزینه نسخه و وسایل		تومان.....	تومان.....	تومان.....	تومان.....
		نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R
UO17-6. سایر هزینه‌ها لطفاً ذکر کنید.		تومان.....	تومان.....	تومان.....	تومان.....
		نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F
UO17-7. در مجموع چقدر خرج کردید؟		تومان.....	تومان.....	تومان.....	تومان.....
		نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N رایگان <input type="checkbox"/> F
UO18. آیا مشکلی که برای آن مراجعه کرده بودید، حل شد؟		بلی <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲
		تا حدودی <input type="checkbox"/> ۳ درمان ادامه دارد <input type="checkbox"/> ۴	تا حدودی <input type="checkbox"/> ۳ درمان ادامه دارد <input type="checkbox"/> ۴	تا حدودی <input type="checkbox"/> ۳ درمان ادامه دارد <input type="checkbox"/> ۴	تا حدودی <input type="checkbox"/> ۳ درمان ادامه دارد <input type="checkbox"/> ۴
		برای دریافت یک برنامه‌ی بهداشتی (نظیر واکسیناسیون) رفته بودم <input type="checkbox"/> ۵	برای دریافت یک برنامه‌ی بهداشتی (نظیر واکسیناسیون) رفته بودم <input type="checkbox"/> ۵	برای دریافت یک برنامه‌ی بهداشتی (نظیر واکسیناسیون) رفته بودم <input type="checkbox"/> ۵	برای دریافت یک برنامه‌ی بهداشتی (نظیر واکسیناسیون) رفته بودم <input type="checkbox"/> ۵
		برای انجام یک اقدام تشخیصی مراجعه کرده بودم <input type="checkbox"/> ۶	برای انجام یک اقدام تشخیصی مراجعه کرده بودم <input type="checkbox"/> ۶	برای انجام یک اقدام تشخیصی مراجعه کرده بودم <input type="checkbox"/> ۶	برای انجام یک اقدام تشخیصی مراجعه کرده بودم <input type="checkbox"/> ۶
		درمان را ادامه ندادم <input type="checkbox"/> ۷	درمان را ادامه ندادم <input type="checkbox"/> ۷	درمان را ادامه ندادم <input type="checkbox"/> ۷	درمان را ادامه ندادم <input type="checkbox"/> ۷
		به سطح بالاتر ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۸	به سطح بالاتر ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۸	به سطح بالاتر ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۸	به سطح بالاتر ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۸

† توضیح: در صورتی که یک نیاز منجر به مراجعات سرپایی و سپس بستری شدن در بیمارستان شده است، مراجعات سرپایی در بخش سرپایی و خدمات بستری در بخش بستری ثبت شود.

## بخش ۱-۲- رضایت‌مندی بیماران از خدمات سلامت سرپایی

### (در آخرین بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی)

تاریخ پذیرش: ..... / ..... / ۱۳.....

متن زیر را بخوانید.

این پرسشنامه به منظور کسب رهنمود در جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات سلامت سرپایی طراحی شده است. لذا پاسخ شما به این سوالات اهمیت زیادی دارد. از توجه و وقتی که برای این منظور صرف می‌کنید، سپاسگزاری می‌شود.

در سوالات بعد با توجه به جدول زیر، رضایت شما از خدمتی که دریافت کرده‌اید پرسیده می‌شود (برای هر سؤال یک گزینه انتخاب شود).

برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در  بزنید.

OS. نظرتان درباره‌ی ابعاد مختلف خدمتی که در آخرین بار مراجعه دریافت کردید، چیست؟					
خیلی خوب (۵)	خوب (۴)	متوسط (۳)	ضعیف (۲)	نظری ندارم (۱)	
ابعاد مختلف					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OS1 مدت انتظار برای دریافت خدمت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OS2 نظافت و پاکیزگی محل دریافت خدمت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OS3 رفتار پزشک / پرسنل معالج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OS4 هزینه‌ای که پرداخت کرده‌اید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OS5 در مجموع نظرتان راجع به ابعاد مختلف این خدمت چیست؟

## بخش ۱-۳- ارزیابی تقاضا برای خدمات سرپایی توسط عضو خانوار

### (علل عدم مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی)

این بخش برای اولین احساس نیازی که عضو خانوار در دو هفته‌ی گذشته برای دریافت خدمات بهداشتی، درمانی سرپایی مراجعه نکرده است، تکمیل می‌شود.

<p>اولین احساس نیاز در دو هفته‌ی گذشته که برای اش مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی، درمانی سرپایی انجام نشده است.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>نام اولین نیاز ذکر شده در جدول MI-2 (اولین احساس نیاز در دو هفته‌ی گذشته که عضو خانوار برای دریافت خدمات بهداشتی، درمانی سرپایی مراجعه نکرده است) را در محل مشخص شده از ستون مقابل بازنویسی کنید و سؤال‌های بعدی را از عضو خانوار بپرسید.</p> <p>برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در <input checked="" type="checkbox"/> بزنید.</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO1. آیا به نظر شما، مشکلاتان اورژانسی بود و نیاز به رسیدگی فوری داشت؟</p>
<p>AO2. به چه دلیل (دلایلی) برای دریافت خدمت اقدام نکردید؟</p> <p>( همه گزینه‌ها را برای پاسخگو بخوانید).</p>	
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-1. مشکل برطرف شد</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-2. راه دور بود/ تخصص مورد نیاز من در این محل وجود نداشت</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-3. پزشک همجنس (خانم برای خانم‌ها / آقا برای آقایان) در محل ارائه‌ی خدمت وجود نداشت</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-4. خیلی دیر وقت می‌دهند</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-5. اعتبار دفترچه بیمه خاتمه پیدا کرده است</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-6. بیمه پوشش مناسبی از هزینه‌ها نمی‌داد</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-7. در منزل دارو بود مصرف کردم</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-8. خدمتی که ارائه می‌کنند کیفیت لازم را ندارد</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-9. وقت نداشتم / تصمیم دارم مراجعه کنم</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲      بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>AO2-10. از نظر مالی هزینه‌های آن برایم قابل پرداخت نبود</p>
<p>AO2-11. سایر (مشخص کنید):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

## بخش ۱-۴ - مراجعه به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت

### (علل عدم دریافت خدمات سرپایی پس از مراجعه)

این بخش برای اولین احساس نیازی که عضو خانوار در دو هفته‌ی گذشته برای دریافت خدمات بهداشتی، درمانی سرپایی مراجعه کرده، اما خدمت دریافت نکرده است، تکمیل می‌شود.

<p>اولین مراجعه در دو هفته‌ی گذشته که منجر به دریافت خدمت نشده است. ..... .....</p>	<p>نام اولین نیاز ذکر شده در جدول D-2 (اولین احساس نیاز در دو هفته‌ی گذشته که عضو خانوار برای دریافت خدمات بهداشتی، درمانی سرپایی مراجعه کرده اما خدمتی دریافت نکرده است) را در محل مشخص شده از ستون مقابل بازنویسی کنید و سؤال‌های بعدی را از عضو خانوار بپرسید. برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در <input type="checkbox"/> بزنید.</p>
<p>AO3. به چه دلیل (هایی) موفق به دریافت خدمت نشدید؟ <input type="checkbox"/> (تمام گزینه‌ها خوانده شود)</p>	
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO3-1. هنوز نوبت نرسیده است</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO3-2. از نظر مالی هزینه‌های آن برایم قابل پرداخت نبود</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO3-3. پزشک همجنس (خانم برای خانم‌ها / آقا برای آقایان) در محل ارائه خدمت وجود نداشت</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO3-4. بامن رفتارمناسبی نداشتند/ از محل ارائه خدمت خوشم نیامد، لذا منصرف شدم</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO3-5. واحد مورد نظر باز نبود</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO3-6. پذیرش ندادند</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO3-7. دیر وقت دادند و لذا منصرف شدم</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO3-8. آنجا خیلی شلوغ بود و نمی‌توانستم منتظر بمانم</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO3-9. بیمه پوشش مناسبی از هزینه‌ها نمی‌داد</p>
<p>AO3-10. سایر (مشخص کنید). ..... .....</p>	

## بخش ۲- فهرست نیازهای خدمات بستری در یک سال گذشته

✚ برای اعضای از خانوار که در یک سال گذشته احساس نیاز به بستری شدن در بیمارستان (مراکز درمانی) را داشته‌اند (پاسخ بلی به پرسش HL12 از پرسشنامه‌ی خانوار)؛ تکمیل شود.

✚ به عضو خانوار بگویید «حالا از شما می‌خواهم به سال گذشته تاکنون فکر کنید و تمام مواردی را که به هر دلیل احساس کرده‌اید که بهتر است در یک مرکز درمانی بستری شوید به یاد آورید. این احساس می‌تواند ناشی از توصیه‌ی پزشک به بستری شدن در بیمارستان باشد یا این که خود شما احساس کرده‌اید که برای حل مشکلاتان باید در یک مرکز درمانی بستری شوید. مقصود از بستری شدن در بیمارستان یا مراکز درمانی آن است که شما بلافاصله پس از معاینه و بررسی اولیه ترخیص یا ارجاع نشده باشید و حداقل شش ساعت تحت نظر قرار گرفته باشید.

جدول M1-2		D1- وضعیت دریافت خدمت بستری		M1- وضعیت مراجعه برای بستری شدن	AHI- کدامیک از موارد زیر زمینه به وجود آمدن احساس نیاز در شما بود؟	✚ نیازهای بستری عضو خانوار را در این جدول فهرست کنید. ✚ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در ☒ بزنید.	
برای کد ۲ ستون M1- وضع مراجعه برای بستری شدن		وضع دریافت خدمت بستری		برای کد ۱ ستون M1- وضع مراجعه برای بستری شدن	آیا برای بستری شدن به بیمارستان (مراکز درمانی) مراجعه کردید؟	احساس بیمار بودن ۱ ☐	نام نیاز ۱: .....
۱-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	بلی ۱ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۲-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۳-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۴-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۵-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۶-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
جدول D1-2		D1- وضعیت دریافت خدمت بستری		وضع مراجعه برای بستری شدن		نام نیاز ۵: .....	
برای کد ۲ ستون D1- وضع دریافت خدمت بستری		وضع دریافت خدمت بستری		وضع مراجعه برای بستری شدن		نام نیاز ۶: .....	
۱-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	بلی ۱ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۲-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۳-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۴-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۵-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۶-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
برای کد ۲ ستون D1- وضع دریافت خدمت بستری		وضع دریافت خدمت بستری		وضع مراجعه برای بستری شدن		نام نیاز ۷: .....	
نیازهایی که عضو خانوار پس از مراجعه بستری نشده است در این قسمت بازنویسی شوند.		وضع دریافت خدمت بستری		وضع مراجعه برای بستری شدن		نام نیاز ۸: .....	
۱-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	بلی ۱ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۲-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۳-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۴-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۵-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۶-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
برای کد ۲ ستون D1- وضع دریافت خدمت بستری		وضع دریافت خدمت بستری		وضع مراجعه برای بستری شدن		نام نیاز ۹: .....	
نیازهایی که عضو خانوار پس از مراجعه بستری نشده است در این قسمت بازنویسی شوند.		وضع دریافت خدمت بستری		وضع مراجعه برای بستری شدن		نام نیاز ۱۰: .....	
۱-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	بلی ۱ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۲-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۳-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۴-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۵-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....
۶-	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	نه ۲ ☐	بلی ۱ ☐	.....



## بخش ۱-۲ - ارزیابی هر بار دریافت خدمات بستری توسط عضو خانوار

این بخش از پرسشنامه برای ۳ بار آخر بستری در ستون‌های مربوط تکمیل شود

بستری دو بار ماقبل آخر، ۳	بستری بار ماقبل آخر، ۲	بستری بار آخر، ۱	<p>✦ برای ۳ بار آخری که در بیمارستان (مراکز درمانی) بستری شده است نام نیاز را در محل مشخص شده از ستون‌های ماقبل بازنویسی کنید. سپس بر اساس آن‌ها سئوالات زیر را ابتدا برای ستون اول (بستری بار آخر) به ترتیب از عضو خانوار بپرسید و کامل کنید و سپس ستون‌های بعدی را تکمیل نمایید.</p> <p>✦ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضربدر ☒ بزنید</p>
<p>ارجاع توسط پزشک عمومی <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>ارجاع توسط پزشک متخصص <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>ارجاع توسط پزشک خانواده <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>ارجاع توسط سایر ارائه‌دهندگان خدمت <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>خودم مراجعه کردم <input type="checkbox"/> ۵</p>	<p>ارجاع توسط پزشک عمومی <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>ارجاع توسط پزشک متخصص <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>ارجاع توسط پزشک خانواده <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>ارجاع توسط سایر ارائه‌دهندگان خدمت <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>خودم مراجعه کردم <input type="checkbox"/> ۵</p>	<p>ارجاع توسط پزشک عمومی <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>ارجاع توسط پزشک متخصص <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>ارجاع توسط پزشک خانواده <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>ارجاع توسط سایر ارائه‌دهندگان خدمت <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>خودم مراجعه کردم <input type="checkbox"/> ۵</p>	<p>US1. از چه طریق به بیمارستان مراجعه کردید؟</p>
<p>دولتی وابسته به وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و ...) <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>خصوصی <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>بیمارستان وابسته به تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>خیریه <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>دولتی وابسته به وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و ...) <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>خصوصی <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>بیمارستان وابسته به تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>خیریه <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>دولتی وابسته به وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و ...) <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>خصوصی <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>بیمارستان وابسته به تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>خیریه <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>US2. به چه نوع بیمارستانی مراجعه کردید؟</p>
<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>US2a. نام بیمارستان</p> <p>US2a-code. کد بیمارستان</p>
<p>استان: .....</p> <p>شهرستان: .....</p>	<p>استان: .....</p> <p>شهرستان: .....</p>	<p>استان: .....</p> <p>شهرستان: .....</p>	<p>US2b. نام شهرستان و استان</p>
<p>تعداد روز: ..... نمی‌داند <input type="checkbox"/> N</p>	<p>تعداد روز: ..... نمی‌داند <input type="checkbox"/> N</p>	<p>تعداد روز: ..... نمی‌داند <input type="checkbox"/> N</p>	<p>US3. برای بستری شدن در بیمارستان چند روز در نوبت بودید؟ ✦ (کد صفر برای بستری شدن در همان روز مراجعه)</p>
<p>ماه / سال</p> <p>..... / .....</p>	<p>ماه / سال</p> <p>..... / .....</p>	<p>ماه / سال</p> <p>..... / .....</p>	<p>US4. تاریخ بستری شدن شما در بیمارستان کی بود؟ (در صورتی که تعداد دفعات بستری بیش از سه بار بوده تاریخ بستری سه بار ماقبل آخر را در روبرو بنویسید): ماه / سال</p> <p>..... / .....</p>
<p>در شهر محل سکونت خودتان بود <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>در شهر دیگری واقع در استان محل سکونت خودتان بود <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>خارج از استان خودتان غیراز تهران واقع شده بود <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>شهر تهران <input type="checkbox"/> ۴</p>	<p>در شهر محل سکونت خودتان بود <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>در شهر دیگری واقع در استان محل سکونت خودتان بود <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>خارج از استان خودتان غیراز تهران واقع شده بود <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>شهر تهران <input type="checkbox"/> ۴</p>	<p>در شهر محل سکونت خودتان بود <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>در شهر دیگری واقع در استان محل سکونت خودتان بود <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>خارج از استان خودتان غیراز تهران واقع شده بود <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>شهر تهران <input type="checkbox"/> ۴</p>	<p>US5. بیمارستانی که در آن بستری شدید در کجا واقع شده بود؟</p>
<p>داخلی <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>جراحی <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>زنان <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>کودکان <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>اورژانس <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>نمی‌داند <input type="checkbox"/> N</p> <p>مراقبت‌های ویژه ICU <input type="checkbox"/> ۶</p> <p>مراقبت‌های ویژه CCU <input type="checkbox"/> ۷</p> <p>۸- سایر بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی (ذکرشود): .....</p>	<p>داخلی <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>جراحی <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>زنان <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>کودکان <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>اورژانس <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>نمی‌داند <input type="checkbox"/> N</p> <p>مراقبت‌های ویژه ICU <input type="checkbox"/> ۶</p> <p>مراقبت‌های ویژه CCU <input type="checkbox"/> ۷</p> <p>۸- سایر بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی (ذکرشود): .....</p>	<p>داخلی <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>جراحی <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>زنان <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>کودکان <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>اورژانس <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>نمی‌داند <input type="checkbox"/> N</p> <p>مراقبت‌های ویژه ICU <input type="checkbox"/> ۶</p> <p>مراقبت‌های ویژه CCU <input type="checkbox"/> ۷</p> <p>۸- سایر بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی (ذکرشود): .....</p>	<p>US6. در بیمارستان در کدام بخش بستری شدید؟</p>

بستری دو بار ماقبل آخر، ۳	بستری بار ماقبل آخر، ۲	بستری بار آخر، ۱	<p>♣ برای ۳ بار آخری که در بیمارستان (مراکز درمانی) بستری شده است نام نیاز را در محل مشخص شده از ستون‌های مقابل بازنویسی کنید. سپس بر اساس آن‌ها سئوالات زیر را ابتدا برای ستون اول (بستری بار آخر) به ترتیب از عضو خانوار بپرسید و کامل کنید و سپس ستون‌های بعدی را تکمیل نمایید.</p> <p>♣ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در <input type="checkbox"/> بزنید</p>
.....	.....	.....	
.....	.....	.....	
.....	.....	.....	

US7. در طول بستری شدن شما در بیمارستان چه اقداماتی انجام شد؟ ♣ (تمام گزینه‌ها خوانده شود)

US7-1. اقدام تشخیصی (آنژیوگرافی، بیوپسی و...)	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲		
US7-2. اقدام درمانی (شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوپلاستی ...)	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲		
US7-3. عمل جراحی	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲		
US7-4. اقدام طبی (تشخیصی درمانی)	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲		
US7-5. اقدام توانبخشی	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲		
US7-6. زایمان طبیعی	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲		
US7-7. سزارین	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲		
US7-8. بستری صرفاً برای تحت نظر قرار گرفتن و بدون هیچگونه اقدامات تشخیصی یا درمانی بوده است	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲		
US8. آیا از این بیمارستان به بیمارستان دیگری منتقل شدید؟	بلی، بیمارستانی در شهر محل سکونت <input type="checkbox"/> ۱	بلی، بیمارستانی در شهر دیگری در استان محل سکونت <input type="checkbox"/> ۲	بلی، بیمارستانی خارج از استان محل سکونت (غیر از تهران) <input type="checkbox"/> ۳	بلی، به بیمارستانی در شهر تهران <input type="checkbox"/> ۴	بلی، بیمارستانی دیگری در شهر محل سکونت <input type="checkbox"/> ۱	بلی، بیمارستانی در شهر دیگری در استان محل سکونت <input type="checkbox"/> ۲	بلی، بیمارستانی خارج از استان محل سکونت (غیر از تهران) <input type="checkbox"/> ۳	بلی، به بیمارستانی در شهر تهران <input type="checkbox"/> ۴
	خیر <input type="checkbox"/> ۵ ← برو به US10	خیر <input type="checkbox"/> ۵ ← برو به US10	خیر <input type="checkbox"/> ۵ ← برو به US10	خیر <input type="checkbox"/> ۵ ← برو به US10	خیر <input type="checkbox"/> ۵ ← برو به US10	خیر <input type="checkbox"/> ۵ ← برو به US10	خیر <input type="checkbox"/> ۵ ← برو به US10	

US9. علت انتقال شما کدامیک از موارد زیر بوده است؟ ♣ ( برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر حتی در صورت پاسخ نه در مربع مشخص شده ضرب در  بزنید.)

US9-1. تخصص مورد نیاز وجود نداشت.	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
US9-2. امکانات مورد نیاز وجود نداشت.	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
US9-3. مشکلات بیمه‌ای منجر به انتقال بیمار گردید.	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
US9-4. مشکلات مالی منجر به انتقال بیمار گردید.	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
US9-5. به توصیه پزشک یا فرد دیگری منتقل گردید.	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
US9-6. انتقال به درخواست خود فرد یا بستگان انجام شد.	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲	بلی <input type="checkbox"/> ۱	نه <input type="checkbox"/> ۲
US9-7. سایر ذکر کنید.	.....	.....	.....	.....	.....	.....

US10. مخارج بستری ♣ (مبلغ به تومان نوشته شود، در مواردی که مبلغ اظهار نمی‌شود گزینه‌ی مناسب با علامت ضرب در در مربع مشخص شده  انتخاب شود).

US10-1. در مجموع چقدر خرج کردید؟	رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N
US10-2. چقدر به بیمارستان پول دادید؟	رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	رایگان <input type="checkbox"/> F	نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N

<p>بستری دو بار ماقبل آخر، ۳</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>بستری بار ماقبل آخر، ۲</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>بستری بار آخر، ۱</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>♣ برای ۳ بار آخری که در بیمارستان (مراکز درمانی) بستری شده است نام نیاز را در محل مشخص شده از ستون‌های مقابل بازنویسی کنید. سپس بر اساس آن‌ها سئوالات زیر را ابتدا برای ستون اول (بستری بار آخر) به ترتیب از عضو خانوار بپرسید و کامل کنید و سپس ستون‌های بعدی را تکمیل نمایید.</p> <p>♣ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در <input checked="" type="checkbox"/> بزنید</p>
<p>تومان ..... رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>تومان ..... رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>تومان ..... رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>US10-3. مخارج ملزومات پزشکی در خارج بیمارستان چقدر شد؟</p>
<p>تومان ..... رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>تومان ..... رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>تومان ..... رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>US10-4. مخارج دارو در خارج بیمارستان چقدر شد؟</p>
<p>تومان ..... رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>تومان ..... رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>تومان ..... رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>US10-5. مخارج خدمات تشخیصی خارج از بیمارستان چقدر شد؟ (مشاوره، رادیولوژی، آزمایش، اکو و .....)</p>
<p>درخواست نشد <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N تومان .....</p>	<p>درخواست نشد <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N تومان .....</p>	<p>درخواست نشد <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N تومان .....</p>	<p>US10-6. چقدر مستقیماً به پزشک (خارج از صورت حساب بیمارستان) پرداخت کردید؟</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> قدردانی ۲ <input type="checkbox"/> به درخواست پزشک به عنوان حق الزحمه ۳ <input type="checkbox"/> امید به دریافت خدمات بیشتر</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> قدردانی ۲ <input type="checkbox"/> به درخواست پزشک به عنوان حق الزحمه ۳ <input type="checkbox"/> امید به دریافت خدمات بیشتر</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> قدردانی ۲ <input type="checkbox"/> به درخواست پزشک به عنوان حق الزحمه ۳ <input type="checkbox"/> امید به دریافت خدمات بیشتر</p>	<p>US10-6-1. در صورت پاسخ مثبت به سوال فوق، به کدام دلایل زیر پرداخت را انجام داده‌اید؟</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> پزشک متخصص ۲ <input type="checkbox"/> پزشک عمومی ۳ <input type="checkbox"/> پرستار، ماما ۴ <input type="checkbox"/> نگهبان ۵ <input type="checkbox"/> خدمات ۶- سایر (مشخص کنید): .....</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> پزشک متخصص ۲ <input type="checkbox"/> پزشک عمومی ۳ <input type="checkbox"/> پرستار، ماما ۴ <input type="checkbox"/> نگهبان ۵ <input type="checkbox"/> خدمات ۶- سایر (مشخص کنید): .....</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> پزشک متخصص ۲ <input type="checkbox"/> پزشک عمومی ۳ <input type="checkbox"/> پرستار، ماما ۴ <input type="checkbox"/> نگهبان ۵ <input type="checkbox"/> خدمات ۶- سایر (مشخص کنید): .....</p>	<p>US10-6-2. پرداخت خارج از صورت حساب به کدامیک از پرسنل بیمارستان بوده است؟</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> گرفتن هزینه از بیمه درمان ۲ <input type="checkbox"/> درآمد جاری خانوار ۳ <input type="checkbox"/> پس انداز ۴ <input type="checkbox"/> فروش وسایل خانه ۵ <input type="checkbox"/> قرض گرفتن از دوست یا فامیل ۶ <input type="checkbox"/> قرض گرفتن از غریبه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> گرفتن هزینه از بیمه درمان ۲ <input type="checkbox"/> درآمد جاری خانوار ۳ <input type="checkbox"/> پس انداز ۴ <input type="checkbox"/> فروش وسایل خانه ۵ <input type="checkbox"/> قرض گرفتن از دوست یا فامیل ۶ <input type="checkbox"/> قرض گرفتن از غریبه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> گرفتن هزینه از بیمه درمان ۲ <input type="checkbox"/> درآمد جاری خانوار ۳ <input type="checkbox"/> پس انداز ۴ <input type="checkbox"/> فروش وسایل خانه ۵ <input type="checkbox"/> قرض گرفتن از دوست یا فامیل ۶ <input type="checkbox"/> قرض گرفتن از غریبه</p>	<p>US11. منبع تامین هزینه‌های بستری شدن شما یا اعضای خانوار شمادر بیمارستان یا مرکز درمانی چه بوده است؟</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱ تاحدودی <input type="checkbox"/> ۲ نه <input type="checkbox"/> ۳</p>	<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱ تاحدودی <input type="checkbox"/> ۲ نه <input type="checkbox"/> ۳</p>	<p>بلی <input type="checkbox"/> ۱ تاحدودی <input type="checkbox"/> ۲ نه <input type="checkbox"/> ۳</p>	<p>US12. آیا مخارج بستری شما به نحوی بود که روی هزینه‌های خوراک روزانه خانواده شما تاثیر بگذارد؟</p>
<p>..... روز و ..... ساعت</p>	<p>..... روز و ..... ساعت</p>	<p>..... روز و ..... ساعت</p>	<p>US13. چند روز (چند ساعت) بستری بودید؟</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> مشکل من کاملاً حل شد ۲ <input type="checkbox"/> نسبتاً بهتر شدم ۳ <input type="checkbox"/> فرقی نکردم ۴ <input type="checkbox"/> مشکلم بدتر شد ۵ <input type="checkbox"/> برای اقدام تشخیصی بستری شده بودم به بیمارستان / مرکز درمانی دیگری ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> مشکل من کاملاً حل شد ۲ <input type="checkbox"/> نسبتاً بهتر شدم ۳ <input type="checkbox"/> فرقی نکردم ۴ <input type="checkbox"/> مشکلم بدتر شد ۵ <input type="checkbox"/> برای اقدام تشخیصی بستری شده بودم به بیمارستان / مرکز درمانی دیگری ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> مشکل من کاملاً حل شد ۲ <input type="checkbox"/> نسبتاً بهتر شدم ۳ <input type="checkbox"/> فرقی نکردم ۴ <input type="checkbox"/> مشکلم بدتر شد ۵ <input type="checkbox"/> برای اقدام تشخیصی بستری شده بودم به بیمارستان / مرکز درمانی دیگری ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>US14. نتیجه بستری شدن شما در بیمارستان چه بود؟</p>

## بخش ۲-۲- رضایت‌مندی عضو خانوار از خدمات بستری

(در آخرین باری که بستری شده است)

تاریخ بستری: ..... / ..... / ۱۳.....	بخش بستری: .....
--------------------------------------	------------------

پرسش‌های این بخش به منظور کسب رهنمود برای بهبود کیفیت ارائه‌ی خدمات بیمارستانی طراحی شده است و لذا پاسخ شما به این سؤالات اهمیت زیادی دارد.

پیشاپیش از توجه و وقتی که برای پاسخگویی صرف می‌کنید، سپاسگزار می‌شود.

♣ در سؤالات بعد رضایت شما از خدمتی که دریافت کرده‌اید (بستری شدن در بیمارستان / مراکز درمانی) پرسیده می‌شود، برای هر سؤال یک گزینه انتخاب می‌شود.

♣ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در  بزنید.

PS. نظرتان راجع به ابعاد مختلف این خدمت چیست؟					
خیلی خوب (۵)	خوب (۴)	متوسط (۳)	ضعیف (۲)	نظری ندارم (۱)	
<b>ابعاد مختلف خدمت</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS1 مدت انتظار برای دریافت خدمت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS2 نظافت و پاکیزگی محل دریافت خدمت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS3 رفتار پزشک معالج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS4 رفتار پرستاران / سایر پرسنل (غیر پزشک)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS5 در مجموع نظرتان راجع به ابعاد مختلف این خدمت چیست؟

## بخش ۲-۳- ارزیابی تقاضا برای خدمات بستری توسط عضو خانوار

### (علل عدم مراجعه برای بستری شدن)

این بخش برای سه بار آخری که عضو خانوار طی یک سال گذشته احساس نیاز به بستری شدن در بیمارستان (مراکز درمانی) داشته، اما برای بستری شدن مراجعه نکرده است، تکمیل می‌شود.

احساس نیاز به بستری دو بارمقابل آخر، ۳	احساس نیاز به بستری بار ماقبل آخر، ۲	احساس نیاز به بستری بار آخر، ۱	<p>۱ برای ۳ بار آخری که احساس نیاز به بستری شدن در بیمارستان (مراکز درمانی) را داشته اما برای بستری شدن مراجعه نکرده است، نام نیاز را از جدول M1-2 در محل‌های مشخص شده از ستون‌های مقابل بازنویسی کنید، سپس براساس آن‌ها سؤالات زیر را ابتدا برای ستون اول (احساس نیاز به بستری بار آخر) به ترتیب از عضو خانوار پرسید و کامل کنید و سپس ستون‌های بعدی را تکمیل نمایید.</p> <p>۲ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در <input type="checkbox"/> بزنید.</p>
..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	AH2. آیا به نظر شما، مشکلاتان اورژانسی بود و نیاز به رسیدگی فوری داشت؟
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3. به چه علت برای بستری شدن در بیمارستان (مراکز درمانی) مراجعه نکردید؟ (همه‌ی گزینه‌ها را برای پاسخگو بخوانید)
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-1. با تشخیص پزشک نیازی به بستری شدن نبود (قبل از بیمارستان)
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-2. از نظر مالی، هزینه‌های آن برایم قابل پرداخت نبود
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-3. تخصص مورد نیاز من در این محل وجود نداشت و برای رفتن به بیمارستان (مرکز درمانی) مجهز به تخصص مورد نیاز من راه دور بود
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-4. پزشک همجنس (خانم برای خانم‌ها / آقا برای آقایان) در محل ارائه خدمت وجود نداشت
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-5. خیلی دیر وقت می‌دهند
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-6. بیمه پوشش مناسبی از هزینه‌ها نمی‌داد
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-7. خدمتی که ارائه می‌کنند کیفیت لازم را ندارد
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-8. از بستری شدن می‌ترسم
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-9. وقت نداشتم / تصمیم دارم مراجعه کنم
بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	بله <input type="checkbox"/> ۱    نه <input type="checkbox"/> ۲	AH3-10. مشکل بر طرف شد
..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	AH3-11. سایر (مشخص کنید):

## بخش ۲-۴ - ارزیابی مراجعه به ارائه‌کنندگان خدمات بستری

### (علل بستری نشدن پس از مراجعه)

این بخش برای ۳ بار آخری که عضو خانوار طی یک سال گذشته برای بستری شدن مراجعه کرده، اما بستری نشده است، تکمیل می‌شود.

<p>مراجعه برای بستری دو بارمقابل آخر ۳</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>مراجعه برای بستری ماقبل آخر، ۲</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>مراجعه برای بستری بار آخر، ۱</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>این بخش برای ۳ بار آخری که برای بستری شدن به بیمارستان (مراکز درمانی) مراجعه کرده اما بستری نشده است، نام نیاز را از جدول D1-2 در محل‌های مشخص شده از ستون‌های مقابل بازنویسی کنید، سپس براساس آن‌ها سئوالات زیر را ابتدا برای ستون اول (مراجعه برای بستری بار آخر) به ترتیب از عضو خانوار بپرسید و کامل کنید و سپس ستون‌های بعدی را تکمیل نمایید.</p> <p>برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در ☒ بزنید.</p>	
<p>۱ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک عمومی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک متخصص</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک خانواده</p> <p>۴ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط سایر ارائه دهندگان خدمت</p> <p>۵ <input type="checkbox"/> خودم مراجعه کردم</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک عمومی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک متخصص</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک خانواده</p> <p>۴ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط سایر ارائه دهندگان خدمت</p> <p>۵ <input type="checkbox"/> خودم مراجعه کردم</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک عمومی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک متخصص</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک خانواده</p> <p>۴ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط سایر ارائه دهندگان خدمت</p> <p>۵ <input type="checkbox"/> خودم مراجعه کردم</p>	<p>UH1. از چه طریق به بیمارستان مراجعه کردید؟</p>	
<p>۱ <input type="checkbox"/> دولتی وابسته به وزارت بهداشت</p> <p>دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و.....)</p> <p>۲ <input type="checkbox"/></p> <p>۳ <input type="checkbox"/> خصوصی</p> <p>بیمارستان وابسته به تامین اجتماعی</p> <p>۴ <input type="checkbox"/></p> <p>۵ <input type="checkbox"/> خیریه</p> <p>۶ <input type="checkbox"/> نمی‌دانم</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> دولتی وابسته به وزارت بهداشت</p> <p>دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و.....)</p> <p>۲ <input type="checkbox"/></p> <p>۳ <input type="checkbox"/> خصوصی</p> <p>بیمارستان وابسته به تامین اجتماعی</p> <p>۴ <input type="checkbox"/></p> <p>۵ <input type="checkbox"/> خیریه</p> <p>۶ <input type="checkbox"/> نمی‌دانم</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> دولتی وابسته به وزارت بهداشت</p> <p>دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و.....)</p> <p>۲ <input type="checkbox"/></p> <p>۳ <input type="checkbox"/> خصوصی</p> <p>بیمارستان وابسته به تامین اجتماعی</p> <p>۴ <input type="checkbox"/></p> <p>۵ <input type="checkbox"/> خیریه</p> <p>۶ <input type="checkbox"/> نمی‌دانم</p>	<p>UH2. به چه نوع بیمارستانی مراجعه کردید؟</p>	
<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>UH2a. نام بیمارستان</p> <p>UH2a-code. کد بیمارستان</p>	
<p>..... استان: .....</p> <p>..... شهرستان: .....</p>	<p>..... استان: .....</p> <p>..... شهرستان: .....</p>	<p>..... استان: .....</p> <p>..... شهرستان: .....</p>	<p>UH2b. نام شهرستان و استان</p>	
<p>UH3. در صورتی که بستری نشدید دلیل آن چه بوده است؟ (تمام گزینه‌ها را بخوانید)</p>				
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>UH3-1. هنوز نوبت نرسیده است</p>	
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>UH3-2. از نظر مالی هزینه‌های آن برایم قابل پرداخت نبود</p>	
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>UH3-3. باتشخیص پزشک (در بیمارستان / مرکز درمانی) نیاز به بستری نبود</p>	
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>UH3-4. تخصص مورد نیاز من در آنجا نبود</p>	
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>UH3-5. پزشک همجنس (خانم برای خانم‌ها/آقا برای آقایان) در محل ارائه خدمت وجود نداشت</p>	

<p>مراجعه برای بستری دو بارمقابل آخر ۳</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>مراجعه برای بستری ماقبل آخر، ۲</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>مراجعه برای بستری بار آخر، ۱</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>♣ برای ۳ بار آخری که برای بستری شدن به بیمارستان (مراکز درمانی) مراجعه کرده اما بستری نشده است، نام نیاز را از جدول D1-2 در محل‌های مشخص شده از ستون‌های مقابل بازنویسی کنید، سپس براساس آن‌ها سئوالات زیر را ابتدا برای ستون اول (مراجعه برای بستری بار آخر) به ترتیب از عضو خانوار پرسید و کامل کنید و سپس ستون‌های بعدی را تکمیل نمایید.</p> <p>♣ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضرب در ☒ بزنید.</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p><b>UH3-6.</b> بیمارستان/ بخش مورد نظر پذیرش نداد</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p><b>UH3-7.</b> بیمارستان با بیمه من قرارداد نداشت</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p><b>UH3-8.</b> اعتبار بیمه من تمام شده است</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p><b>UH3-9.</b> بیمه پوشش مناسبی از هزینه‌ها نمی‌داد</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p><b>UH3-10.</b> خدمتی که ارائه می‌کنند کیفیت لازم را ندارد</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> ۱      نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p><b>UH3-11.</b> خانواده/ بستگانم اجازه بستری شدن ندادند</p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>UH3-12.</b> سایر (ذکر کنید):</p>

IU16. زمان پایان مصاحبه را ثبت کنید.

ساعت:

--	--

دقیقه:

--	--

مشاهدات پرسشگر:

مشاهدات بازیکن:

مشاهدات ناظر: