

برای اعضای از خانوار تکمیل شود که به سوالات HL۱۱ با HL۱۲ از پرسشنامه‌ی خانوار پاسخ بلی داده‌اند.

اطلاعات فردی	
<p>۱۰۱. نام استان: ۱۰۲-۱. نام شهرستان: ۱۰۲-۲. شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/></p>	<p>۱۰۳. شماره‌ی خوشه: ۱۰۴. شماره‌ی ردیف خانوار در ستون ۱۰ فرم فهرست‌برداری سرشماری ۱۰۵. نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار:</p>
<p>۱۰۶. نام و نام خانوادگی عضو و خانوار: ۱۰۷. شماره‌ی ردیف در جدول فهرست خانوار:</p>	
<p>۱۰۸. چند سال دارید؟ (پرس و جو کنید) در آخرین سالروز تولدتان چند ساله بودید؟ سن (بر حسب سال تمام)</p>	<p>۱۰۹. جنس عضو خانوار: مرد (۱) زن (۲)</p>
<p>۱۰۱۰. تاریخ انجام مصاحبه: روز / ماه / سال ۱۳۹۳ / /</p>	<p>۱۰۱۱. نام و نام خانوادگی و شماره شناسایی پرسشگر:</p>

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 ۱۰۱۴ و ثبت زمان، مصاحبه را آغاز کنید).

نه، اجازه داده نمی‌شود ← (با مراجعه به ۱۰۱۵ و ثبت کد نتیجه مصاحبه را تمام کنید).

<p>۱۰۱۲. بازبین (شماره شناسایی):</p>	<p>۱۰۱۳. مسئول ورود داده‌ها (شماره شناسایی):</p>
--------------------------------------	--

۱۰۱۴. زمان شروع مصاحبه را ثبت کنید: ساعت: دقیقه:

<p>۱۰۱۵. کد نتیجه مصاحبه با عضو خانوار: <input type="text"/></p>	<p>کدهای نتیجه‌ی مصاحبه با عضو خانوار</p>
	<p>۰۱ مصاحبه کامل انجام شد.</p>
	<p>۰۲ عضو خانوار از پاسخگویی امتناع کرد.</p>
	<p>۹۶ سایر (مشخص کنید)</p>

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		✚ نیازهای عضو خانوار را در این جدول فهرست کنید. ✚ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضربدر ☒ بزنید.
UO1. برای دریافت خدمات سرپایی، به کجا مراجعه کردید و از چه کسی خدمت دریافت کردید؟ (به ترتیب مراجعه کدمحل‌ها را ذکر کنید).										برای کد ۱ ستون M- وضع مراجعه		آیا پس از مراجعه موفق به دریافت خدمات بهداشتی، درمانی سرپایی مراجعه کردید؟		
UO1-10	UO1-9	UO1-8	UO1-7	UO1-6	UO1-5	UO1-4	UO1-3	UO1-2	UO1-1	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"/>	N2 نام نیاز ۲:
										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"/>	N4 نام نیاز ۴:
										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"/>	N6 نام نیاز ۶:
										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"/>	N8 نام نیاز ۸:
										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"/>	N10 نام نیاز ۱۰:

جدول D-۲ (برای کد ۲ ستون D - وضع دریافت خدمت)	
✚ نیازهایی که فرد پس از مراجعه موفق به دریافت خدمات بهداشتی، درمانی <u>نشده</u> است	
در این قسمت باز نویسی شوند.	ND-۲-۱
-۱	شماره نیاز
-۱-۴ تکمیل شود.	

→ برای این نیاز بخش -۱-۴ تکمیل شود.

جدول M-۲ (برای کد ۲ ستون M - وضع مراجعه)	
✚ نیازهایی که برای‌شان مراجعه‌ای برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی انجام <u>نشده</u> است	
در این قسمت باز نویسی شوند.	NM-۲-۱
-۱	شماره نیاز
-۱-۳ تکمیل شود.	

→ برای این نیاز بخش -۱-۳ تکمیل شود.

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

👤 برای اولین نیازی 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.

کد نیاز	نام نیاز			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.
	کدمحل خدمت آخر	کدمحل خدمت ماقبل آخر	کدمحل خدمت دویار ماقبل آخر	
UO2. آیا مراقبت های بهداشتی زیر را دریافت کردید؟ 🏠 (با توجه به شرایط پاسخگو گزینه ی مربوط خوانده شود)				
UO2-1. مراقبت کودکان	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO2-2. مراقبت مادران دوران بارداری و پس از زایمان	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO2-3. تنظیم خانواده	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO2-4. سایر مراقبت های بهداشتی لطفاً ذکر کنید.	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO3. معاینه شدید؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO4. آیا برای اقدامات تشخیصی تصویربرداری یا آزمایشگاه (رادیولوژی، MRI، آزمایش... ارجاع شدید؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO5. آیا برای شما اقدامات تشخیصی سرپایی (آندوسکوپی، بیوپسی، پاپ اسمیر، نمونه برداری و) انجام شد (داخل مطب یا مرکز درمانی)؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO6. آیا برای شما اقدامات تشخیصی نظیر لاپاراسکوپی های تشخیصی (داخل مطب یا مرکز درمانی) انجام شد؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO7. نسخه یا دارویی دریافت کردید؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO8. تحت یک اقدام درمانی (به استثنای دارو و نسخه) قرار گرفتید (نظیر دیالیز، شیمی درمانی، فیزیوتراپی...)?	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO9. تحت یک عمل جراحی سرپایی (نظیر کاتاراکت، اعمال زیبایی و...) قرار گرفتید؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO10. برای شما تزریقات یا پانسمان انجام شد؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO11. آیا خدمت آزمایشگاهی برای شما انجام شد؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO12. ارائه دهنده خدمت درباره مشکل سلامتی شما را راهنمایی و مشاوره کرد؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO13. خدمات مراقبتی الزامی (آزمایشات ازدواج، استخدامی، ادواری، حج و) دریافت کردید؟	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
UO14. آیا به سطوح بالاتر ارجاع شدید؟ 👤 در صورت بلی به سوال UO15 رجوع کنید و در غیر این صورت به UO16 بروید.	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> ↓ برو به UO16	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> ↓ برو به UO16	بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> ↓ برو به UO16	
UO15. علت ارجاع به سطوح بالاتر چه بوده است؟	به توصیه ی پزشک متخصص <input type="checkbox"/> به تشخیص پزشک (پرسنل) معالج <input type="checkbox"/> به اصرار خودم بود <input type="checkbox"/> در آن محل خدمت مورد نیاز ارائه نمی شد <input type="checkbox"/>	به توصیه ی پزشک متخصص <input type="checkbox"/> به تشخیص پزشک (پرسنل) معالج <input type="checkbox"/> به اصرار خودم بود <input type="checkbox"/> در آن محل خدمت مورد نیاز ارائه نمی شد <input type="checkbox"/>	به توصیه ی پزشک متخصص <input type="checkbox"/> به تشخیص پزشک (پرسنل) معالج <input type="checkbox"/> به اصرار خودم بود <input type="checkbox"/> در آن محل خدمت مورد نیاز ارائه نمی شد <input type="checkbox"/>	
UO16. برای دریافت خدمات از زمان اقدام تا پایان کار چقدر طول کشید؟ 🏠 (همه ی گزینه ها خوانده شود)				
UO16-1. وقت گرفتن 🏠 (کمتر از یک روز = صفر)	روز..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	روز..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	روز..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	
UO16-2. زمان صرف شده در راه	دقیقه..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	دقیقه..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	دقیقه..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	
UO16-3. سالن انتظار	دقیقه..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	دقیقه..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	دقیقه..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	
UO16-4. دریافت خدمت	دقیقه..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	دقیقه..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	دقیقه..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	
UO16-5. دریافت جواب (در مورد خدمات تشخیصی)	روز..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	روز..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	روز..... نمی دانم <input type="checkbox"/>	

کد نیاز		نام نیاز		خدمات و مراقبت‌های بهداشتی که دریافت کرده‌اید، بیان کنید. (تمام گزینه‌ها خوانده شود) سه کدمحل خدمت آخر را از جدول UO1 بالای ستون‌های مربوط بازنویسی کنید.
			
کدمحل خدمت دوبار ماقبل آخر		کدمحل خدمت ماقبل آخر		کدمحل خدمت آخر
				☺ (کمتر از یک روز = صفر)
UO17. مخارج خدمت سرپایی ☺ (مبلغ به تومان نوشته شود، در مواردی که مبلغ اظهار نمی‌شود گزینه‌ی مناسب با علامت ضربدر در مربع مشخص شده ☒ انتخاب شود)				
تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	UO17-1. رفت و آمد	
تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	UO17-2. ویزیت / دریافت مستقیم / فرانسیز / متفرقه	
تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	UO17-3. اقدامات تشخیصی	
تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	UO17-4. اقدامات درمانی	
تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم R <input type="checkbox"/> مشمول نمی‌شود	UO17-5. هزینه نسخه و وسایل	
تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم	UO17-6. سایر هزینه‌ها لطفاً ذکر کنید.	
تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم	تومان..... F <input type="checkbox"/> رایگان N <input type="checkbox"/> نمی‌دانم	UO17-7. در مجموع چقدر خرج کردید؟	
بلی <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲ 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 انجام یک اقدام تشخیصی مراجعه کرده بودم <input type="checkbox"/> ۶ درمان را ادامه ندادم <input type="checkbox"/> ۷ به سطح بالاتر ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۸	بلی <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲ 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 انجام یک اقدام تشخیصی مراجعه کرده بودم <input type="checkbox"/> ۶ درمان را ادامه ندادم <input type="checkbox"/> ۷ به سطح بالاتر ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۸	بلی <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲ 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 انجام یک اقدام تشخیصی مراجعه کرده بودم <input type="checkbox"/> ۶ درمان را ادامه ندادم <input type="checkbox"/> ۷ به سطح بالاتر ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۸	UO18. آیا مشکلی که برای آن مراجعه کرده بودید، حل شد؟	
			عالی ۱ خیلی خوب ۲ خوب ۳ نه خوب نه بد ۴ بد ۵	
			UO19. به طور کلی وضعیت سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	

☺ 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، سپاسگزار می‌شود.

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

برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضربدر [X] بزنید.

OS. نظرتان درباره‌ی ابعاد مختلف خدمتی که در <u>آخرین بار مراجعه</u> 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"/>	OS۱ مدت انتظار برای دریافت خدمت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OS۲ نظافت و پاکیزگی محل دریافت خدمت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OS۳ رفتار پزشک / پرسنل معالج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OS۴ هزینه‌ای که پرداخت کرده‌اید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OS۵ 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 M-۲ (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 ضربدر ☒ بزنید.</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۱. آیا به نظر شما، مشکلاتان اورژانسی بود و نیاز به رسیدگی فوری داشت؟</p>
<p>AO۲. به چه دلیل (دلایلی) برای دریافت خدمت اقدام نکردید ؟ (همه گزینه‌ها را برای پاسخگو بخوانید).</p>	
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۱. مشکل برطرف شد</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۲. راه دور بود/ تخصص مورد نیاز من در این محل وجود نداشت</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۳. پزشک همجنس (خانم برای خانم‌ها / آقا برای آقایان) در محل ارائه‌ی خدمت وجود نداشت</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۴. خیلی دیر وقت می‌دهند</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۵. اعتبار دفترچه بیمه خاتمه پیدا کرده است</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۶. بیمه پوشش مناسبی از هزینه‌ها نمی‌داد</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۷. در منزل دارو بود مصرف کردم</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۸. خدمتی که ارائه می‌کنند کیفیت لازم را ندارد</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۹. وقت نداشتم / تصمیم دارم مراجعه کنم</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> ۱ نه <input type="checkbox"/> ۲</p>	<p>AO۲-۱۰. از نظر مالی هزینه‌های آن برایم قابل پرداخت نبود</p>
<p>AO۲-۱۱. 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>.....</p> <p>.....</p>	<p>نام اولین نیاز ذکر شده در جدول D-۲ (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 سوال‌های بعدی را از عضو خانوار بپرسید.</p> <p>برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضربدر [X] بزنید.</p>
<p>AO۳ به چه دلیل (هایی) موفق به دریافت خدمت نشدید؟ (تمام گزینه‌ها خوانده شود)</p>	
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>AO۳-۱. هنوز نوبتم نرسیده است</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>AO۳-۲. از نظر مالی هزینه‌های آن برایم قابل پرداخت نبود</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>AO۳-۳. پزشک همجنس (خانم برای خانم‌ها / آقا برای آقایان) در محل ارائه خدمت وجود نداشت</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>AO۳-۴. بامن رفتار مناسبی نداشتند/ از محل ارائه خدمت خوش نیامدم، لذا منصرف شدم</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>AO۳-۵. واحد مورد نظر باز نبود</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>AO۳-۶. پذیرش ندادند</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>AO۳-۷. دیر وقت دادند و لذا منصرف شدم</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>AO۳-۸. آنجا خیلی شلوغ بود و نمی‌توانستم منتظر بمانم</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>AO۳-۹. بیمه پوشش مناسبی از هزینه‌ها نمی‌داد</p>
<p>AO۳-۱۰. سایر (مشخص کنید).</p> <p>.....</p> <p>.....</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 HL۱۲ 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 این‌که 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 M۱-۲		M۱ - وضع مراجعه برای بستری شدن		D۱ - وضع دریافت خدمت بستری		نیازهای بستری عضو خانوار را در این جدول فهرست کنید. ✎ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضربدر [X] بزنید.	
برای کد ۲ ستون M۱ - وضع مراجعه برای بستری شدن		برای کد ۱ ستون M۱ - وضع مراجعه برای بستری شدن		وضع دریافت خدمت بستری			
✎ نیازهایی که برای‌شان مراجعه‌ای برای بستری شدن انجام نشده است در این قسمت بازنویسی شوند. برای سه نیاز آخر این فهرست بخش ۲-۳ از پرسشنامه تکمیل شود.		آیا برای بستری شدن به بیمارستان (مراکز درمانی) مراجعه کردید؟ در صورت پاسخ بلی، تاریخ مراجعه کی بود؟		آیا پس از مراجعه بستری شدید؟			
۱-							
۲-							
۳-							
۴-							
۵-							
۶-							
جدول D۱-۲		D۱ - وضع دریافت خدمت بستری		وضع دریافت خدمت بستری			
✎ نیازهایی که عضو خانوار پس از مراجعه بستری نشده است در این قسمت بازنویسی شوند. برای سه نیاز آخر این فهرست بخش ۲-۴ از پرسشنامه تکمیل شود.		وضع دریافت خدمت بستری		وضع دریافت خدمت بستری			
۱-							
۲-							
۳-							
۴-							
۵-							
۶-							
NI۱	نام نیاز ۱:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>
NI۲	نام نیاز ۲:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>
NI۳	نام نیاز ۳:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>
NI۴	نام نیاز ۴:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>
NI۵	نام نیاز ۵:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>
NI۶	نام نیاز ۶:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>
NI۷	نام نیاز ۷:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>
NI۸	نام نیاز ۸:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>
NI۹	نام نیاز ۹:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>
NI۱۰	نام نیاز ۱۰:	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	احساس بیمار بودن <input type="checkbox"/>	راهنمایی پزشک/ پرسنل درمانی در جریان دریافت یک خدمت <input type="checkbox"/>

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 سنوالات 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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>US۱. 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>US۲. به چه نوع بیمارستانی مراجعه کردید؟</p>
.....	.....	.....	US۲a. نام بیمارستان
استان:	استان:	استان:	US۲b. نام شهرستان و استان
شهرستان:	شهرستان:	شهرستان:	
تعداد روز: نمی‌داند <input type="checkbox"/> N	تعداد روز: نمی‌داند <input type="checkbox"/> N	تعداد روز: نمی‌داند <input type="checkbox"/> N	US۳. برای بستری شدن در بیمارستان چند روز در نوبت بودید؟ (کد صفر برای بستری شدن در همان روز مراجعه)
ماه / سال	ماه / سال	ماه / سال	US۴. تاریخ بستری شدن شما در بیمارستان کی بود؟
<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 غیر از 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 غیر از 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 غیر از تهران واقع شده بود <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>شهر تهران <input type="checkbox"/> ۴</p>	<p>US۵. 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 (ذکر شود):</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 (ذکر شود):</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 (ذکر شود):</p>	<p>US۶. در بیمارستان در کدام بخش بستری شدید؟</p>
.....	.....	.....	US۷. در طول بستری شدن شما در بیمارستان چه اقداماتی انجام شد؟ (تمام گزینه‌ها خوانده شود)

بستری دو بار ماقبل آخر، ۳	بستری بار ماقبل آخر، ۲	بستری بار آخر، ۱	♣ 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. ♣ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص شده ضربدر ☒ بزنید
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۱-US۷. اقدام تشخیصی (آنژیوگرافی، بیوپسی و...)
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۲-US۷. اقدام درمانی (شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوپلاستی ...)
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۳-US۷. عمل جراحی
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۴-US۷. اقدام طبی (تشخیصی درمانی)
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۵-US۷. اقدام توانبخشی
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۶-US۷. زایمان طبیعی
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۷-US۷. سزارین
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۸-US۷. بستری صرفاً برای تحت نظر قرار گرفتن و بدون هیچگونه اقدامات تشخیصی یا درمانی بوده است
بلی، بیمارستان 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 ← پرو به ۱۰ US	بلی، بیمارستان 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 ← پرو به ۱۰ US	بلی، بیمارستان 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 ← پرو به ۱۰ US	۸-US. آیا از این بیمارستان به بیمارستان دیگری منتقل شدید؟
۹-US. علت انتقال شما کدامیک از موارد زیر بوده است؟ ♣ (برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر حتی در صورت پاسخ نه در مربع مشخص شده ضربدر ☒ بزنید.)			
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۱-US۹. تخصص مورد نیاز وجود نداشت.
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۲-US۹. امکانات مورد نیاز وجود نداشت.
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۳-US۹. مشکلات بیمه‌ای منجر به انتقال بیمار گردید.
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۴-US۹. مشکلات مالی منجر به انتقال بیمار گردید.
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۵-US۹. به توصیه پزشک یا فرد دیگری منتقل گردید.
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بلی	۶-US۹. انتقال به درخواست خود فرد یا بستگان انجام شد.
..... .....	..... .....	..... .....	۷-US۹. سایر ذکر کنید.
۱۰-US. مخارج بستری ♣ (مبلغ به تومان نوشته شود، در مواردی که مبلغ اظهار نمی‌شود گزینه‌ی مناسب با علامت ضربدر در مربع مشخص شده ☒ انتخاب شود).			
تومان رایگان <input type="checkbox"/> F نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	تومان رایگان <input type="checkbox"/> F نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	تومان رایگان <input type="checkbox"/> F نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	۱-US۱۰. در مجموع چقدر خرج کردید؟
تومان رایگان <input type="checkbox"/> F نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	تومان رایگان <input type="checkbox"/> F نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	تومان رایگان <input type="checkbox"/> F نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	۲-US۱۰. چقدر به بیمارستان پول دادید؟
تومان رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	تومان رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	تومان رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N	۳-US۱۰. مخارج ملزومات پزشکی در خارج بیمارستان چقدر شد؟

<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 ضربدر (X) بزنید</p>
<p>.....</p> <p>تومان</p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/></p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> R</p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>.....</p> <p>تومان</p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/></p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> R</p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>.....</p> <p>تومان</p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/></p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> R</p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>US۱۰۰۴. مخارج دارو در خارج بیمارستان چقدر شد؟</p>
<p>.....</p> <p>تومان</p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/></p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> R</p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>.....</p> <p>تومان</p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/></p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> R</p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>.....</p> <p>تومان</p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> F مشمول نمی‌شود <input type="checkbox"/></p> <p>رایگان <input type="checkbox"/> R</p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p>	<p>US۱۰۰۵. مخارج خدمات تشخیصی خارج از بیمارستان چقدر شد؟ (مشاوره، رادیولوژی، آزمایش، لکو و)</p>
<p>.....</p> <p>درخواست نشد <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p> <p>تومان</p>	<p>.....</p> <p>درخواست نشد <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p> <p>تومان</p>	<p>.....</p> <p>درخواست نشد <input type="checkbox"/> R نمی‌دانم <input type="checkbox"/> N</p> <p>تومان</p>	<p>US۱۰۰۶. چقدر مستقیماً به پزشک (خارج از صورتحساب بیمارستان) پرداخت کردید؟</p>
<p>.....</p> <p>قدردانی <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>به درخواست پزشک به عنوان حق الزحمه <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>امید به دریافت خدمات بیشتر <input type="checkbox"/> ۳</p>	<p>.....</p> <p>قدردانی <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>به درخواست پزشک به عنوان حق الزحمه <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>امید به دریافت خدمات بیشتر <input type="checkbox"/> ۳</p>	<p>.....</p> <p>قدردانی <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>به درخواست پزشک به عنوان حق الزحمه <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>امید به دریافت خدمات بیشتر <input type="checkbox"/> ۳</p>	<p>US۱۰۰۶-۱. در صورت پاسخ مثبت به سوال فوق، به کدام دلایل زیر پرداخت را انجام داده‌اید؟</p>
<p>.....</p> <p>پزشک متخصص <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>پزشک عمومی <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>پرستار، ماما <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>نگهبان <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>خدمات <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>۶- سایر (مشخص کنید):</p>	<p>.....</p> <p>پزشک متخصص <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>پزشک عمومی <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>پرستار، ماما <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>نگهبان <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>خدمات <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>۶- سایر (مشخص کنید):</p>	<p>.....</p> <p>پزشک متخصص <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>پزشک عمومی <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>پرستار، ماما <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>نگهبان <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>خدمات <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>۶- سایر (مشخص کنید):</p>	<p>US۱۰۰۶-۲. پرداخت خارج از صورتحساب به کدامیک از پرسنل بیمارستان بوده است؟</p>
<p>.....</p> <p>گرفتن هزینه از بیمه درمان <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>درآمد جاری خانوار <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>پس‌انداز <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>فروش وسایل خانه <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>قرض گرفتن از دوست یا فامیل <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>قرض گرفتن از غریبه <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>.....</p> <p>گرفتن هزینه از بیمه درمان <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>درآمد جاری خانوار <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>پس‌انداز <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>فروش وسایل خانه <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>قرض گرفتن از دوست یا فامیل <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>قرض گرفتن از غریبه <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>.....</p> <p>گرفتن هزینه از بیمه درمان <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>درآمد جاری خانوار <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>پس‌انداز <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>فروش وسایل خانه <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>قرض گرفتن از دوست یا فامیل <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>قرض گرفتن از غریبه <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>US۱۱. منبع تامین هزینه‌های بستری شدن شما یا اعضای خانوار شما در بیمارستان یا مرکز درمانی چه بوده است؟</p>
<p>.....</p> <p>تاحدودی <input type="checkbox"/> ۱ بلی <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>نه <input type="checkbox"/> ۳</p>	<p>.....</p> <p>تاحدودی <input type="checkbox"/> ۱ بلی <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>نه <input type="checkbox"/> ۳</p>	<p>.....</p> <p>تاحدودی <input type="checkbox"/> ۱ بلی <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>نه <input type="checkbox"/> ۳</p>	<p>US۱۲. آیا مخارج بستری شما به نحوی بود که روی هزینه‌های خوراک روزانه خانواده شما تاثیر بگذارد؟</p>
<p>.....</p> <p>روز و ساعت</p>	<p>.....</p> <p>روز و ساعت</p>	<p>.....</p> <p>روز و ساعت</p>	<p>US۱۳. چند روز (چند ساعت) بستری بودید؟</p>
<p>.....</p> <p>مشکل من کاملاً حل شد <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>نسبتاً بهتر شدم <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>فرقی نکردم <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>مشکلم بدتر شد <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>برای اقدام تشخیصی بستری شده بودم <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>به بیمارستان / مرکز درمانی دیگری ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>.....</p> <p>مشکل من کاملاً حل شد <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>نسبتاً بهتر شدم <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>فرقی نکردم <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>مشکلم بدتر شد <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>برای اقدام تشخیصی بستری شده بودم <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>به بیمارستان / مرکز درمانی دیگری ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>.....</p> <p>مشکل من کاملاً حل شد <input type="checkbox"/> ۱</p> <p>نسبتاً بهتر شدم <input type="checkbox"/> ۲</p> <p>فرقی نکردم <input type="checkbox"/> ۳</p> <p>مشکلم بدتر شد <input type="checkbox"/> ۴</p> <p>برای اقدام تشخیصی بستری شده بودم <input type="checkbox"/> ۵</p> <p>به بیمارستان / مرکز درمانی دیگری ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> ۶</p>	<p>US۱۴. 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)

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

پرسش‌های این بخش به‌منظور 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 مشخص‌شده ضربدر بزنید.

PS. نظرتان راجع به ابعاد مختلف این خدمت چیست؟					
خیلی خوب (۵)	خوب (۴)	متوسط (۳)	ضعیف (۲)	نظری ندارم (۱)	
ابعاد مختلف خدمت					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS۱ مدت انتظار برای دریافت خدمت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS۲ نظافت و پاکیزگی محل دریافت خدمت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS۳ رفتار پزشک معالج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS۴ رفتار پرستاران / سایر پرسنل (غیر پزشک)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PS۵ 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 از پاییز سال گذشته تاکنون احساس نیاز به بستری شدن در بیمارستان (مراکز درمانی) داشته، اما برای بستری شدن مراجعه نکرده است، تکمیل می‌شود.

احساس نیاز به بستری دو بار ماقبل آخر، ۳	احساس نیاز به بستری بار ماقبل آخر، ۲	احساس نیاز به بستری بار آخر، ۱	<p>‡ 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 ۲-۱ م در محل‌های مشخص شده از ستون‌های مقابل بازنویسی کنید، سپس براساس آن‌ها سنوالات زیر را ابتدا برای ستون اول (احساس نیاز به 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>AH۲. آیا به نظر شما، مشکلاتان اورژانسی بود و نیاز به رسیدگی فوری داشت؟</p>
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	<p>AH۳. به چه علت برای بستری شدن در بیمارستان (مراکز درمانی) مراجعه نکرديد؟ ‡ (همه‌ی گزینه‌ها را برای پاسخگو بخوانید)</p>
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	AH۳-۱. 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	AH۳-۲. 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	AH۳-۳. 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	AH۳-۴. 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	AH۳-۵. 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	AH۳-۶. 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	AH۳-۷. 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	AH۳-۸. 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	AH۳-۹. 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	AH۳-۱۰. مشکل بر طرف شد
..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	AH۳-۱۱. 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 از پاییز سال گذشته تاکنون برای بستری شدن مراجعه کرده، اما بستری نشده است، تکمیل می‌شود.

مراجعه برای بستری دو بارمقابل آخر ۳	مراجعه برای بستری مقابل آخر، ۲	مراجعه برای بستری بار آخر، ۱	<p>برای ۳ بار آخری که برای بستری شدن به بیمارستان (مراکز درمانی) مراجعه کرده اما بستری نشده است، نام نیاز را از جدول ۲-۱ D در محل‌های مشخص شده از ستون‌های مقابل بازنویسی کنید، سپس براساس آن‌ها سنوالات 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 ضربدر [X] بزنید.</p>
۱ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک عمومی ۲ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک متخصص ۳ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک خانواده ۴ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط سایر ارائه دهندگان خدمت ۵ <input type="checkbox"/> خودم مراجعه کردم	۱ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک عمومی ۲ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک متخصص ۳ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک خانواده ۴ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط سایر ارائه دهندگان خدمت ۵ <input type="checkbox"/> خودم مراجعه کردم	۱ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک عمومی ۲ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک متخصص ۳ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط پزشک خانواده ۴ <input type="checkbox"/> ارجاع توسط سایر ارائه دهندگان خدمت ۵ <input type="checkbox"/> خودم مراجعه کردم	UH۱. از چه طریق به بیمارستان مراجعه کردید؟
۱ <input type="checkbox"/> دولتی وابسته به وزارت بهداشت دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و.....) ۲ <input type="checkbox"/> خصوصی ۳ <input type="checkbox"/> بیمارستان وابسته به تامین اجتماعی ۴ <input type="checkbox"/> خیریه ۵ <input type="checkbox"/> نمی‌دانم ۶ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/> دولتی وابسته به وزارت بهداشت دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و.....) ۲ <input type="checkbox"/> خصوصی ۳ <input type="checkbox"/> بیمارستان وابسته به تامین اجتماعی ۴ <input type="checkbox"/> خیریه ۵ <input type="checkbox"/> نمی‌دانم ۶ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/> دولتی وابسته به وزارت بهداشت دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و.....) ۲ <input type="checkbox"/> خصوصی ۳ <input type="checkbox"/> بیمارستان وابسته به تامین اجتماعی ۴ <input type="checkbox"/> خیریه ۵ <input type="checkbox"/> نمی‌دانم ۶ <input type="checkbox"/>	UH۲. به چه نوع بیمارستانی مراجعه کردید؟
.....	.....	.....	UH۲a. نام بیمارستان
استان: شهرستان:	استان: شهرستان:	استان: شهرستان:	UH۲b. نام شهرستان و استان
UH۳. در صورتی که بستری نشدید دلیل آن چه بوده است؟ (تمام گزینه‌ها را بخوانید)			
۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	UH۳-۱. هنوز نوبت نرسیده است
۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	UH۳-۲. از نظر مالی هزینه‌های آن برایم قابل پرداخت نبود
۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	UH۳-۳. با تشخیص پزشک (در بیمارستان / مرکز درمانی) نیاز به بستری نبود
۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	UH۳-۴. تخصص مورد نیاز من در آنجا نبود
۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	UH۳-۵. پزشک همجنس (خانم برای خانم‌ها/آقا برای آقایان) در محل ارائه خدمت وجود نداشت
۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	UH۳-۶. بیمارستان/ بخش مورد نظر پذیرش نداد
۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	UH۳-۷. بیمارستان با بیمه من قرارداد نداشت
۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	UH۳-۸. اعتبار بیمه من تمام شده است
۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	۱ <input type="checkbox"/> بلی ۲ <input type="checkbox"/> نه	UH۳-۹. بیمه پوشش مناسبی از هزینه‌ها

<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 D۱-۲ در محل‌های مشخص‌شده از ستون‌های مقابل بازنویسی کنید، سپس براساس آن‌ها سنوالات زیر را ابتدا برای ستون اول (مراجعه برای بستری بار آخر) به‌ترتیب از عضو خانوار بپرسید و کامل کنید و سپس ستون‌های بعدی را تکمیل نمایید.</p> <p>¶ برای انتخاب گزینه‌ی مورد نظر در مربع مشخص‌شده ضربدر [X] بزنید.</p>
نمی‌داد			
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲ بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>نه <input type="checkbox"/> ۲ بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>نه <input type="checkbox"/> ۲ بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>U۳-۱۰. خدمتی که ارائه می‌کنند کیفیت لازم را ندارد</p>
<p>نه <input type="checkbox"/> ۲ بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>نه <input type="checkbox"/> ۲ بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>نه <input type="checkbox"/> ۲ بلی <input type="checkbox"/> ۱</p>	<p>U۳-۱۱. 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>U۳-۱۲. سایر (نکر کنید):</p>

۱۰۱۶. زمان پایان مصاحبه را ثبت کنید.

ساعت:

--	--

دقیقه:

--	--

مشاهدات پرسشگر:

مشاهدات بازبین:

مشاهدات ناظر: