Приложение № 4  
к [приказу](#sub_0) министерства

здравоохранения Тульской области  
от \_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма

# Анкета для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями скорой медицинской помощи

**1. Вы вызывали скорую медицинскую помощь по поводу?**

 состояния/заболевания, представляющего угрозу жизни пациента (нарушение сознания, дыхания, кровообращения, внезапная боль, нарушение функции какого-либо органа, кровотечение, травма, ожог)

 психического расстройства, сопровождающегося действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц

 родов, угрозы прерывания беременности

 медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации

 другое

**2. Как часто Вы вызываете скорую медицинскую помощь?**

 однократно

 ежемесячно

 каждую неделю

 каждый день

 несколько раз в день

**3. Вы вызывали скорую медицинскую помощь по телефону**

 03 (перейти к вопросу [3.1](#sub_4031))

 103 (перейти к вопросу [3.1](#sub_4031))

 112 (перейти к вопросу [3.1](#sub_4031))

 медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь (перейти к вопросу [3.1](#sub_4031))

 самостоятельно обратился в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь (перейти к вопросу [4.3](#sub_4043))

**3.1. Вы дозвонились с первого раза?**

 да

 нет, дозванивался 2 и более раз

 не дозвонился (опрос завершен)

**4. Ваш вызов был принят, и по Вашему вызову была направлена бригада скорой медицинской помощи**

 да (перейти к вопросу [4.1](#sub_4041))

 нет (перейти к вопросу [4.2](#sub_4042))

**4.1. Время доезда бригады скорой медицинской помощи составило**

 менее 10 минут

 10 минут

 20 минут

 более 20 минут (перейти к вопросу [4.1.1](#sub_4411))

**4.1.1. Пришлось ли Вам повторно обращаться по телефону для ускорения прибытия бригады скорой медицинской помощи**

 да

 нет

**4.2.**

 Вас проконсультировали по телефону

 Ваш вызов переключили на диспетчера для записи на прием к врачу поликлиники

 другое

**4.3.**

 Вам оказали медицинскую помощь в амбулаторных условиях

 Вас госпитализировали в медицинскую организацию

 другое

**5. Вы удовлетворены отношением к Вам (доброжелательность, вежливость) медицинских работников бригады скорой медицинской помощи?**

 да

 нет

**6. Вы удовлетворены материально-техническим оснащением и лекарственным обеспечением бригады скорой медицинской помощи?**

 да

 нет (перейти к вопросу [6.1](#sub_4061))

**6.1. Что именно Вас не удовлетворило?**

 отсутствовало необходимое оборудование

 отсутствовали необходимые лекарственные препараты

 состояние санитарного транспорта

 другое

**7. При оказании медицинской помощи бригада скорой медицинской помощи вызывала дополнительную (специализированную) бригаду скорой медицинской помощи?**

 да (перейти к вопросам [7.1-7.2](#sub_4071))

 нет

**7.1. Вы удовлетворены отношением к Вам (доброжелательность, вежливость) дополнительной (специализированной) бригады скорой медицинской помощи?**

 да

 нет

**7.2. Вы удовлетворены материально-техническим оснащением и лекарственным обеспечением дополнительной (специализированной) бригады скорой медицинской помощи?**

 да

 нет (перейти к вопросу [7.2.1](#sub_4721))

**7.2.1 Что именно Вас не удовлетворило?**

 отсутствовало необходимое оборудование

 отсутствовали необходимые лекарственные препараты

 состояние санитарного транспорта

 другое

**8. Бригада скорой медицинской помощи доставила Вас в стационар?**

 да (опрос завершен)

 нет (перейти к вопросу [8.1](#sub_4081))

**8.1.**

 медицинская помощь была оказана на месте, госпитализация не требовалась

 после оказания медицинской помощи бригадой скорой медицинской помощи была предложена госпитализация, но я (лицо, к которому вызывали скорую медицинскую помощь) отказался

 по моему мнению, бригада скорой медицинской помощи необоснованно отказала в госпитализации

 бригада скорой медицинской помощи не учла мое мнение (мнение лица, к которому вызывали скорую медицинскую помощь) по выбору стационара, поэтому я отказался.

# Мы благодарим Вас за участие!

Если Вы хотите оставить предложения по работе данной медицинской организации, пожалуйста, напишите: (не более 150 знаков)

|  |
| --- |
|  |