

DS-50 I

OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH,

Kwestionariusz indywidualny

Dział 1. CHARAKTERYSTYKA OSOBY

1. Symbol województwa gospodarstwa domowego <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	12. Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej? <ul style="list-style-type: none"> • tak <input type="checkbox"/> 1 • nie <input type="checkbox"/> 2 																											
2. Nr gospodarstwa domowego <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	13. Czy znajduje się Pan/Pani pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską? <ul style="list-style-type: none"> • tak <input type="checkbox"/> 1 • nie <input type="checkbox"/> 2 																											
3. Nr kolejny osoby objętej badaniem w gospodarstwie domowym <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	14. Czy w IV kwartale 2013 r. stosował(-ła) Pan/Pani leki przepisane przez lekarza lub bez zalecenia lekarza? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">tak</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) na choroby sercowo-naczyniowe</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2) na cukrzycę</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3) na bóle głowy</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>4) na bóle stawów</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>5) antybiotyki</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>6) na objawy alergii</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>7) inne leki</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>8) suplementy diety</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		tak	nie	1) na choroby sercowo-naczyniowe	1	2	2) na cukrzycę	1	2	3) na bóle głowy	1	2	4) na bóle stawów	1	2	5) antybiotyki	1	2	6) na objawy alergii	1	2	7) inne leki	1	2	8) suplementy diety	1	2
		tak	nie																									
1) na choroby sercowo-naczyniowe	1	2																										
2) na cukrzycę	1	2																										
3) na bóle głowy	1	2																										
4) na bóle stawów	1	2																										
5) antybiotyki	1	2																										
6) na objawy alergii	1	2																										
7) inne leki	1	2																										
8) suplementy diety	1	2																										
4. Z kim został przeprowadzony wywiad? <ul style="list-style-type: none"> • z samym badanym <input type="checkbox"/> 1 • z osobą zastępczą <input type="checkbox"/> 2 	<p><i>Pytania 15, 18 dotyczą osób w wieku 15 lat i więcej.</i></p> 15. Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(-ła) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej? <ul style="list-style-type: none"> 1) tak, poważnie ograniczoną <input type="checkbox"/> 1 2) tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie <input type="checkbox"/> 2 3) nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń <input type="checkbox"/> 3 																											
5. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń finansowanych przez NFZ? <ul style="list-style-type: none"> • tak <input type="checkbox"/> 1 • nie <input type="checkbox"/> 2 																												
6. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (ubezpieczenia i abonamenty)? <ul style="list-style-type: none"> • tak, ubezpieczenie ambulatoryjne <input type="checkbox"/> 1 • tak, ubezpieczenie szpitalne <input type="checkbox"/> 2 • tak, abonament ambulatoryjny <input type="checkbox"/> 3 • tak, abonament szpitalny <input type="checkbox"/> 4 • nie <input type="checkbox"/> 5 → pyt. 9 																												
7. Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (DZZ) zostało opłacone: <ul style="list-style-type: none"> • w całości przez pracodawcę <input type="checkbox"/> 1 • w całości indywidualnie <input type="checkbox"/> 2 • częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę <input type="checkbox"/> 3 • częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę innego członka rodziny <input type="checkbox"/> 4 																												
8. Jaka była kwota zapłacona przez Pana/Panią z tytułu DZZ w ciągu ostatniego roku? (w złotych) <input style="width: 40px;" type="text"/>																												
9. Czy ma Pan/Pani zamiar wykupić DZZ w 2014 roku? <ul style="list-style-type: none"> • tak <input type="checkbox"/> 1 • nie <input type="checkbox"/> 2 	16. Czy w IV kwartale 2013 roku wystąpiły u Pana/Pani jakieś poważne problemy zdrowotne (np. skutki wypadku, nagłe zachorowanie)? <ul style="list-style-type: none"> • tak <input type="checkbox"/> 1 • nie <input type="checkbox"/> 2 																											
10. Czy pobiera Pan/Pani rentę, dodatek lub zasiłek pielęgnacyjny? <ul style="list-style-type: none"> • z tytułu częściowej niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> 1 • z tytułu całkowitej niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> 2 • z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> 3 • z tytułu niezdolności do służby <input type="checkbox"/> 4 • rentę rehabilitacyjną <input type="checkbox"/> 5 • dodatek/zasiłek pielęgnacyjny z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> 6 • nie pobieram <input type="checkbox"/> 7 	17. Czy w ciągu 2013 roku był(-ła) Pan/Pani na badaniu lekarskim wynikającym z przepisów medycyny pracy? (dotyczy badań pracowników, kandydatów do szkół, uczniów) <ul style="list-style-type: none"> • tak <input type="checkbox"/> 1 • nie <input type="checkbox"/> 2 																											
11. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie? <ul style="list-style-type: none"> • bardzo dobrze <input type="checkbox"/> 1 • dobrze <input type="checkbox"/> 2 • tak sobie, ani dobrze ani źle <input type="checkbox"/> 3 • źle <input type="checkbox"/> 4 • bardzo źle <input type="checkbox"/> 5 	18. W jakiej kolejności te czynniki decydują o Pana/Pani stanie zdrowia? <i>(proszę wpisać cyfry od 1 do 3 w każdym wierszu, gdzie 1 oznacza, że dana rzecz jest najważniejsza, 3 oznacza, że jest to rzecz najmniej ważna)</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">1) własne zachowanie</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>2) jakość opieki zdrowotnej</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) czynniki, na które nie mamy wpływu</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1) własne zachowanie	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		2) jakość opieki zdrowotnej	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		3) czynniki, na które nie mamy wpływu	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																			
1) własne zachowanie	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																											
2) jakość opieki zdrowotnej	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																											
3) czynniki, na które nie mamy wpływu	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																											

Dział 2. STAN ZDROWIA

11. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie? <ul style="list-style-type: none"> • bardzo dobrze <input type="checkbox"/> 1 • dobrze <input type="checkbox"/> 2 • tak sobie, ani dobrze ani źle <input type="checkbox"/> 3 • źle <input type="checkbox"/> 4 • bardzo źle <input type="checkbox"/> 5 	20. Przyczyna nieprzeprowadzenia wywiadu. <ul style="list-style-type: none"> • czasowa nieobecność <input type="checkbox"/> 1 • odmowa <input type="checkbox"/> 2 • niemożność udziału w badaniu z powodu choroby bądź podeszłego wieku <input type="checkbox"/> 3 • inna przyczyna <input type="checkbox"/> 4
19. Wywiad <ul style="list-style-type: none"> • przeprowadzony <input type="checkbox"/> 1 → pyt. 21 • nieprzeprowadzony <input type="checkbox"/> 2 	21. Czas trwania wywiadu. (w minutach) <input style="width: 40px;" type="text"/>

22. Czy w 2013 roku korzystał(-ła) Pan/Pani ze stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitalnej lub pozaszpitalnej)?

- tak 1
- nie 2 → pyt. 23

Proszę o scharakteryzowanie każdego pobytu.

Numer pobytu	Rodzaj jednostki			Okres pobytu liczony w		Przyczyna pobytu	Wysokość wydatków w złotych										
	w ramach NFZ	w ramach DZZ ^{a)}	poza ubezpieczeniami	nocach (dla pobytów stacjonarnych)	dniach (dla pobytów dziennych)		dobrowolna wpłata na rzecz szpitala (np. darowizna)	opłacone dyżury przy chorym	zakup leków lub innych artykułów medycznych niezbędnych dla chorego	dla pobytów w sanatorium uzdrowskim		na dowody wdzięczności (np. kwiaty, prezenty, nieformalne opłaty gotówkowe) dla:		na badania przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu lub innej jednostce stacjonarnej opieki zdrowotnej lub w związku z tym pobytom	innych wydatków związanych z pobytom w szpitalu (np. usługi ponadstandardowe)	osób nieubezpieczonych lub ubezpieczonych korzystających ze świadczeń nieopłacanych przez NFZ	ogółem
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

^{a)} Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty).

Dział 5. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

23. Czy w ciągu IV kwartału 2013 r. korzystał(-ła) Pan/Pani z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej?	• tak	1	→ pyt.28
	• nie	2	

Proszę określić, ile razy korzystał(-ła) Pan/Pani w ciągu IV kwartału 2013 r. z wyszczególnionych poniżej usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i ile wyniosły związane z tym wydatki (w złotych).

Wyszczególnienie	Opieka zdrowotna			Razem	
	w ramach NFZ	w ramach DZZ ^{a)}	poza ubezpieczeniami		
0	1	2	3	4	5

24. Porady lekarskie i usługi pielęgniarskie w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej:

24.1 podstawowej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.2 specjalistycznej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.3.1 leczenie stomatologiczne zachowawcze	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.3.2 leczenie stomatologiczne protetyczne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.3.3 leczenie stomatologiczne ortodontyczne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.4 pozostałe usługi ambulatoryjne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				

25. Usługi lecznicze w domu pacjenta:

25.1 usługi opieki długoterminowej	liczba wizyt	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
25.2 pozostałe usługi	liczba wizyt	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				

26. Usługi rehabilitacyjne:

26.1 rehabilitacja ambulatoryjna	opłaty ^{d)}				
26.2 rehabilitacja w domu pacjenta	opłaty ^{d)}				

27. Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej:

27.1 badania laboratoryjne	opłaty ^{d)}				
27.2 diagnostyka obrazowa	opłaty ^{d)}				
27.3 usługi transportowe i ratownictwo medyczne	opłaty ^{d)}				
27.4 pozostałe usługi pomocnicze	opłaty ^{d)}				

28. Czy w 2013 roku zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z usług lekarza POZ, pomimo, że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?	• tak	1
	• nie	2

29. Czy w 2013 roku zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z usług lekarza specjalisty (z wyłączeniem lekarza dentysty), pomimo, że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?	• tak	1
	• nie	2

30. Czy w 2013 roku zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z usług lekarza dentysty, pomimo, że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?	• tak	1
	• nie	2

31. Czy w 2013 roku zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z badań diagnostycznych, pomimo, że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?	• tak	1
	• nie	2

W przypadku odpowiedzi twierdzącej na któreś z pytań 28–31 proszę o odpowiedź na pyt. 32.

32. Dlaczego zrezygnował(-ła) Pan/Pani z usług: (Proszę zakreślić tylko jedną odpowiedź)	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Badań diagnostycznych
• z powodu kosztów (braku pieniędzy)	1	1	1	1
• długi czas oczekiwania na termin wizyty	2	2	2	2
• brak skierowania	3	3	3	3
• brak czasu	4	4	4	4
• niedostosowany czas przyjęć (np. w godzinach pracy)	5	5	5	5
• trudności z dotarciem	6	6	6	6
• obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem, szpitalem	7	7	7	7
• wolałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy miną bez konieczności wizyty	8	8	8	8
• nie znam żadnego dobrego lekarza	9	9	9	9
• brak lekarza	10	10	10	10
• inne	11	11	11	11

^{a)} Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty). ^{b)} Wysokość opłat (w zł) za porady (wizyty) wymienione w wierszu „a”. W przypadku usług w ramach NFZ dotyczy ewentualnych dopłat do tych usług. ^{c)} Wysokość innych wydatków (w zł) - np. kwiaty, prezenty. ^{d)} Łączna wysokość opłat (w zł).

Dział 6. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2013 ROKU

Uwaga: Pytania 33-40 obejmują jedynie opiekę zdrowotną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

Pytań 33-41 proszę nie wypełniać w przypadku wywiadu zastępczego dotyczącego osoby w wieku 15 lat i więcej.

Pytania 42-46 dotyczą wszystkich badanych bez względu na wiek, dopuszcza się wywiad zastępczy.

33. Proszę ocenić jakość opieki zdrowotnej w 2013 roku (w porównaniu z poprzednim rokiem). • pogorszyła się 1 • pozostała bez zmian 2 • poprawiła się 3 • nie mam zdania 4	34. Proszę określić na podstawie własnych doświadczeń czas oczekiwania na poniższe świadczenia:									
	1) wizytę u lekarza POZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	2) wizytę u lekarza specjalisty	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	3) wizytę u lekarza dentysty	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	4) pobyt w szpitalu (nie dotyczy przypadków bardzo pilnych np. poród, wypadek)	1	2	3	4	5	6	7	8	9

35. Proszę określić na podstawie własnego doświadczenia, jak ocenia Pan/Pani możliwości:	Nie było potrzeby korzystania	Jest bardzo łatwy	Jest raczej łatwy	Jest raczej trudny	Jest bardzo trudny
1) dostępu do opieki lekarskiej w domu	1	2	3	4	5
2) dostępu do opieki pielęgniarstwa w domu	1	2	3	4	5
3) kontaktu z lekarzem przez telefon podczas godzin przyjęć	1	2	3	4	5
4) kontaktu z lekarzem przez telefon w godzinach wieczornych, nocnych, w dni wolne od pracy	1	2	3	4	5

Kolejne pytania dotyczyć będą usług lekarza POZ.

36. Czy jest Pan/Pani zadowolony(-na) z wyboru lekarza pierwszego kontaktu, pediatry? • zdecydowanie zadowolony(-na) . . . 1 • raczej zadowolony(-na) 2 • raczej niezadowolony(-na) 3 • zdecydowanie niezadowolony(-na) 4 • nie dotyczy 5 → pyt. 40	37. Czy lekarz POZ podczas wizyt zalecał zdrowy tryb życia np. ćwiczenia fizyczne, dietę?		• tak	1
			• nie	2
	38. Czy lekarz POZ pytał o emocjonalne problemy, które mogą mieć wpływ na Pana/Pani zdrowie (np. stres)?		• tak	1
			• nie	2
	39. Czy sądzi Pan/Pani, że czas poświęcony przez lekarza POZ podczas wizyty lekarskiej jest wystarczający?		• tak	1
		• nie	2	

40. Proszę określić relację z lekarzem POZ:	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko lub nigdy
1) lekarz zna Pana/Pani historię leczenia	1	2	3	4
2) lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały	1	2	3	4
3) lekarz informuje o możliwościach leczenia i angażuje Pana/Panią w podejmowanie decyzji o najlepszym leczeniu Pana/Pani	1	2	3	4
4) lekarz zachęca do zadawania pytań, wyrażania wątpliwości	1	2	3	4

41. Czy podczas korzystania z usług medycznych w ramach lub poza ubezpieczeniem NFZ spotkał(-ła) się Pan/Pani z oznakami dyskryminacji lub nierównego traktowania ze względu na:	Nie korzystano z usług	W stosunku do Pana/Pani		W stosunku do innych osób	
		tak	nie	tak	nie
1) płeć	1	2	3	4	5
2) wiek	1	2	3	4	5
3) status ekonomiczny	1	2	3	4	5
4) narodowość	1	2	3	4	5
5) niepełnosprawność	1	2	3	4	5
6) inne	1	2	3	4	5

42. Czy doświadczył(a) Pan/Pani w 2013 r. zakażenia związanego z opieką zdrowotną – dowolnej choroby lub patologii związanej z obecnością zarazka lub jego produktów w związku z kontaktem z obiektami opieki zdrowotnej, zabiegami?	1
• tak	1
• nie	2

44. Z jakim świadczeniem zdrowotnym było związane zdarzenie niepożądane?	1
• badaniem diagnostycznym	1
• podaniem leku, zastrzyku	2
• przepisaniem leku	3
• transfuzją krwi	4
• znieczuleniem przez anestezjologa	5
• operacją chirurgiczną, porodem	6
• zabiegiem dentystrycznym	7
• zabiegiem rehabilitacyjnym	8
• inne	9
• nie dotyczy	10 → pyt. 47

43. Czy doświadczył(a) Pan/Pani w 2013 r. zdarzenia niepożądanego (szkody, do której doszło w trakcie leczenia lub diagnostyki) innego niż zakażenie, a związanego z:	1
• lekami (rodzajem, dawką)	1
• porozumieniem, np. w relacji lekarz-pacjent, pielęgniarka-pacjent	2
• błędem w diagnostyce	3
• awarią sprzętu medycznego	4
• chirurgią	5
• zabiegami realizowanymi przez pielęgniarkę	6
• inne	7
• nie dotyczy	8

45. Opisane zdarzenie niepożądane wystąpiło podczas korzystania z usług opieki zdrowotnej:	1
• podczas pobytu w szpitalu	1
• podczas korzystania z usług POZ	2
• podczas korzystania ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej	3

46. Czy w wyniku tego zdarzenia stan zdrowia Pana/Pani uległ pogorszeniu?	1
• tak	1
• nie	2
• nie wiem	3
• nie dotyczy	4

Dział 7. POSTAWY RESPONDENTA WOBEC TRANSPLANTACJI

Transplantologia to dynamicznie rozwijająca się dziedzina medycyny, która ma szczególnie istotne znaczenie. Jest ona bardzo często ostatnią szansą na przedłużenie lub uratowanie życia pacjentów, u których inne metody leczenia okazały się nieskuteczne.

Pytania dotyczą osób w wieku 15 lat i więcej.

47. Czy Pan/Pani	Tak	Nie	Nie wiem
• otrzymał(-ła) tkanki lub narządy . . .	1	2	3
• był(-ła) dawcą:			
- nerki lub fragmentu wątroby	1	2	3
- krwi	1	2	3
- szpiku kostnego	1	2	3

48. Czy wyraziłby(-łaby) Pan/Pani zgodę na to, aby za Pana/Pani życia przeszczepiono Pana/Pani narządy osobom bliskim oczekującym na przeszczep?		
• zdecydowanie tak	1	→ pyt. 49
• raczej tak	2	
• raczej nie	3	→ pyt. 50
• zdecydowanie nie	4	
• nie wiem	5	→ pyt. 51

49. Co skłoniłoby Pana/Pani do oddania <u>za życia Pana/Pani narządów do przeszczepienia?</u>	
• możliwość pomocy bliskim osobom oczekującym na przeszczep	1
• uznanie znaczenia transplantologii dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego	2
• skuteczne/dobre kampanie społeczne	3
• dobry przykład ze strony członków rodziny/przyjaciół, którzy byli dawcami	4
• otrzymanie ekwiwalentu pieniężnego	5
• inne	6
• nie dotyczy	7

50. Co spowodowałyby brak Pana/Pani zgody na oddanie <u>za życia Pana/Pani narządów do przeszczepienia?</u>	
• przekonania, poglądy	1
• lęk przed zabiegiem medycznym	2
• obawa, że komórki, tkanki i narządy staną się przedmiotem handlu	3
• brak zaufania do lekarzy	4
• brak wiary w powodzenie przeszczepu	5
• inne	6
• nie dotyczy	7

51. Czy wyraziłby(-łaby) Pan/Pani zgodę na oddanie szpiku kostnego?	
• zdecydowanie tak	1
• tak, ale tylko w określonych sytuacjach (np. choroby osoby bliskiej)	2
• nie	3
• nie wiem	4

52. Czy wyraził(a)by Pan/Pani zgodę na to, aby <u>po Pana/Pani śmierci</u> przeszczepiono Pana/Pani tkanki i narządy?		
• zdecydowanie tak	1	
• tak, ale tylko w określonych sytuacjach (np. choroby osoby bliskiej)	2	→ pyt. 53
• nie	3	→ pyt. 54
• nie wiem	4	→ pyt. 55

53. Co skłoniłoby Pana/Panią do oddania <u>po śmierci Pana/Pani tkanek i narządów do przeszczepienia?</u>	
• możliwość pomocy obcym osobom oczekującym na przeszczep	1
• uznanie znaczenia transplantologii dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego	2
• skuteczne/dobre kampanie społeczne	3
• dobry przykład ze strony członków rodziny/przyjaciół, którzy byli już dawcami	4
• otrzymanie ekwiwalentu pieniężnego	5
• inne	6
• nie dotyczy	7

54. Co spowodowałyby brak Pana/Pani zgody na oddanie <u>po śmierci Pana/Pani tkanek i narządów do przeszczepienia?</u>	
• przekonania, poglądy	1
• lęk przed zabiegiem medycznym	2
• obawa, że tkanki i narządy staną się przedmiotem handlu	3
• brak zaufania do lekarzy	4
• brak wiary w powodzenie przeszczepu	5
• inne	6
• nie dotyczy	7

55. Czy kiedykolwiek słyszał(-ła) Pan/Pani o tzw. oświadczeniu woli, które wypełniane jest w celu wyrażenia zgody danej osoby na pobieranie po śmierci tkanek i narządów do przeszczepów:	
• tak	1
• nie	2

56. Czy podpisałby Pan/Pani takie oświadczenie woli?	
• tak	1
• nie	2
• już podpisałem(-am) oświadczenie woli	3
• nie wiem	4

57. Czy wyraziłby(-łaby) Pan/Pani zgodę na pobranie tkanek i narządów do przeszczepienia w przypadku <u>śmierci członka Pana/Pani rodziny, gdy wiadomo, że zmarła osoba:</u> <i>(proszę wybrać jedną odpowiedź dla każdego z poniższych wariantów)</i>	Tak	Nie	Nie wiem
• wyraziła wolę oddania własnych tkanek i narządów	1	2	3
• nie wypowiedziała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej wola	1	2	3
• była przeciwna oddaniu własnych tkanek i narządów	1	2	3

Uwagi ankietera:

WNIÓR

Numer ankietera - -

Sprawdził(-ła) _____
(imię i nazwisko ankietera) *(data)*

Sprawdził(-ła) _____
(imię i nazwisko inspektora) *(data)*