

DS-50 I

OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH

Kwestionariusz indywidualny

Dział 1. CHARAKTERYSTYKA OSOBY, REALIZACJA WYWIADU

1. Symbol województwa

2. Nr gospodarstwa domowego

3. Nr kolejny osoby objętej badaniem w gospodarstwie domowym

4. Wywiad przeprowadzony 1 → pyt.6
nieprzeprowadzony 2 → pyt.5

5. Przyczyna nieprzeprowadzenia wywiadu.

czasowa nieobecność	<input type="checkbox"/> 09R
odmowa	<input type="checkbox"/> 10R
niemożność udziału w badaniu z powodu choroby bądź podeszłego wieku	<input type="checkbox"/> 07R
osoba ubyłła z gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> 01R
inna przyczyna	<input type="checkbox"/> 11R

6. Informacji udzielał(-ła):
osobiście respondent 1
inny członek gospodarstwa domowego 2

W przypadku dziecka do lat 14, gdy informacji udziela dorosły w pyt. 6 musi być odpowiedź 1 = osobiście respondent.

7. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń finansowanych przez NFZ? tak 1
nie 2

8. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (ubezpieczenia i abonamenty)?

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.11

9. Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (DZZ) zostało opłacone:

w całości przez pracodawcę.....	<input type="checkbox"/> 1 → pyt.11
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

10. Jaka była kwota zapłacona przez Pana/Panią z tytułu DZZ w ciągu ostatniego roku? (w złotych)

11. Czy ma Pan/Pani zamiar wykupić DZZ w 2021 r.? tak 1
nie 2

Dział 2. STAN ZDROWIA

12. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?

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

13. Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej? tak 1
nie 2

14. Czy w 2020 r. miał(-ła) Pan/Pani którąś z następujących chorób, która była stwierdzona przez lekarza?

Choroby	tak	nie	nie wiem/ odmawiam odpowiedzi
1) cukrzyca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2) choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3) stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4) padaczka, stan padaczkowy	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5) nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6) choroba niedokrwienna serca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7) choroby naczyń mózgowych, udar mózgu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8) zapalenie płuc	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9) astma oskrzelowa, stan astmatyczny	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10) przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych inne niż astma (włączając przewlekłe obturacyjne choroby płuc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11) choroby wątroby	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12) reumatoidalne zapalenie stawów	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13) choroby zwyrodnieniowe stawów	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14) osteoporoza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15) niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16) kamica moczowa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Pytania 15 i 19 dotyczy osób w wieku 15 lat i więcej, nie dotyczą wywiadów zastępczych.

15. Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(-ła) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?

tak, poważnie ograniczoną	<input type="checkbox"/> 1
tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie	<input type="checkbox"/> 2
nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń	<input type="checkbox"/> 3

16. Czy znajduje się Pan/Pani pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską? tak 1
nie 2

17. Czy w IV kwartale 2020 r. wystąpiły u Pana/Pani jakieś poważne problemy zdrowotne (np. skutki wypadku, nagłe zachorowanie, nagłe zaostrzenie choroby przewlekłej)? tak 1
nie 2

18. Czy w ciągu 2020 r. był(-ła) Pan/Pani na badaniu lekarskim wynikającym z przepisów Kodeksu pracy i medycyny pracy? (dotyczy badań pracowników, kandydatów do szkół, uczniów) tak 1
nie 2

19. W jakiej kolejności poniższe czynniki decydują o Pana/Pani stanie zdrowia?
(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)

1) własne zachowanie	<input type="text"/>
2) jakość opieki zdrowotnej	<input type="text"/>
3) czynniki, na które nie mamy wpływu	<input type="text"/>

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Porady, usługi lecznicze i rehabilitacyjne w IV kwartale 2020 r.

21. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w IV kwartale 2020 r.?	tak	1	→ pyt.26
	nie	2	

Proszę określić, ile razy korzystał(-ła) Pan/Pani w ciągu IV kwartału 2020 r. z wyszczególnionych poniżej usług 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

22. Porady lekarskie i usługi pielęgniarstwa w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej:

22.1 podstawowej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.2 specjalistycznej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.3.1 leczenie stomatologiczne zachowawcze	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.3.2 leczenie stomatologiczne protetyczne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.3.3 leczenie stomatologiczne ortodontyczne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.4 pozostałe usługi ambulatoryjne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				

23. Usługi lecznicze w domu pacjenta:

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

24. Usługi rehabilitacyjne:

24.1 rehabilitacja ambulatoryjna	opłaty ^{d)}				
24.2 rehabilitacja w domu pacjenta	opłaty ^{d)}				

25. Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej:

25.1 badania laboratoryjne	opłaty ^{d)}				
25.2 diagnostyka obrazowa	opłaty ^{d)}				
25.3 usługi transportowe i ratownictwo medyczne	opłaty ^{d)}				
25.4 pozostałe usługi pomocnicze	opłaty ^{d)}				

^{a)} Dodatkowe zabezpieczenie 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).

Badania diagnostyczne w 2020 r.

Pytania 26–30 nie dotyczą badań wykonanych podczas leczenia szpitalnego lub rehabilitacji.

26. Czy w ciągu 2020 r. wykonywał (-ła) Pan/Pani następujące badania laboratoryjne?	27. Jeśli Tak, to czy ostatnio wykonane badanie było finansowane w ramach:					
	tak	nie	NFZ/ programu profilaktycznego	DZZ	środków własnych	medycyny pracy
1) morfologia	1	2	3	4	5	6
2) badanie ogólne moczu	1	2	3	4	5	6
3) badanie ogólne kału	1	2	3	4	5	6
4) cytologia	1	2	3	4	5	6
5) badania genetyczne	1	2	3	4	5	6
6) badanie poziomu PSA (badanie prostaty)	1	2	3	4	5	6

28. Czy w ciągu 2020 r. wykonywał (-ła) Pan/Pani następujące badania?	29. Jeśli Tak, to czy ostatnie wykonane badanie było finansowane w ramach:						30. Czas oczekiwania na ostatnio wykonane badanie (w tygodniach)
	tak	nie	NFZ/ programu profilaktycznego	DZZ	środków własnych	medycyny pracy	
1) tomografia komputerowa (CT)	1	2	3	4	5	6	
2) pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	1	2	3	4	5	6	
3) rezonans magnetyczny (MRI)	1	2	3	4	5	6	
4) elektrokardiogram (EKG)	1	2	3	4	5	6	
5) badanie Holtera	1	2	3	4	5	6	
6) echokardiogram (Echo serca)	1	2	3	4	5	6	
7) USG	1	2	3	4	5	6	
8) RTG	1	2	3	4	5	6	
9) spirometria	1	2	3	4	5	6	
10) urografia	1	2	3	4	5	6	
11) mammografia	1	2	3	4	5	6	
12) biopsja	1	2	3	4	5	6	
13) gastroscopia	1	2	3	4	5	6	
14) kolonoskopia	1	2	3	4	5	6	

Korzystanie z usług w związku z chorobą. Odpowiadają osoby, które chorowały w 2020 r. na daną chorobę stwierdzoną przez lekarza.

31. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z usług medycznych z tytułu niżej wymienionych chorób?				
Choroby	w ramach NFZ	w ramach DZZ	poza ubezpieczeniami	nie wiem/ odmawiam odpowiedzi
1) cukrzyca	1	2	3	4
2) choroba Parkinsona	1	2	3	4
3) stwardnienie rozsiane	1	2	3	4
4) padaczka, stan padaczkowy	1	2	3	4
5) nadciśnienie tętnicze	1	2	3	4
6) choroba niedokrwienna serca	1	2	3	4
7) choroby naczyń mózgowych, udar mózgu	1	2	3	4
8) zapalenie płuc	1	2	3	4
9) astma oskrzelowa, stan astmatyczny	1	2	3	4
10) przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych inne niż astma (włączając przewlekłe obturacyjne choroby płuc)	1	2	3	4
11) choroby wątroby	1	2	3	4
12) reumatoidalne zapalenie stawów	1	2	3	4
13) choroby zwyrodnieniowe stawów	1	2	3	4
14) osteoporoza	1	2	3	4
15) niewydolność nerek	1	2	3	4
16) kamica moczowa	1	2	3	4

32. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani w 2020 r. z programów profilaktycznych?	Tak	Nie
1) Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia)	1	2
2) Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy (cytologia)	1	2
3) Program Profilaktyki Gruźlicy	1	2
4) Program Badań Prenatalnych	1	2
5) Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.	1	2
6) Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych (w tym POChP)	1	2
7) Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego	1	2
8) inne	1	2

33. Czy w IV kwartale 2020 r. stosował(-ła) Pan/Pani suplementy diety lub leki przepisane przez lekarza lub bez zalecenia lekarza?	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

Rezygnacja z usług medycznych i zakupu leków

34. Czy w 2020 r. zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z zakupu leków przepisanych przez lekarza?	
nie dotyczy (nie przepisano mi leków)	1
rezygnowałem (-łam) z powodu kosztów zakupu	2
rezygnowałem (-łam) z innego powodu niż koszty	3
za każdym razem wykupiłem (-łam) leki	4

35. Rezygnacja z usług medycznych w 2020 r. pomimo, że istniała rzeczywista potrzeba skorzystania	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Pielęgniarki	Badań diagnostycznych, leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5	6
nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania	1	1	1	1	1	1
tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam)	2	2	2	2	2	2
zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby	3	3	3	3	3	3

W przypadku odpowiedzi twierdzącej w pytaniu 35 proszę odpowiednio o odpowiedź na pyt.36

36. Proszę podać główne powody rezygnacji ze wskazanych przez Pana/Panią usług: (Proszę zakreślić tylko po jednej odpowiedzi w odpowiednich kolumnach)	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Pielęgniarki	Badań diagnost., leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5	6
z powodu kosztów (braku pieniędzy)	1	1	1	1	1	1
długi czas oczekiwania na termin wizyty	2	2	2	2	2	2
brak skierowania	X	3	3	3	3	3
brak czasu	4	4	4	4	4	4
niedostosowany czas przyjęć (np. w godzinach pracy)	5	5	5	5	5	5
trudności z dotarciem	6	6	6	6	6	6
obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem, szpitalem	7	7	7	7	7	7
warunki zagrożenia epidemicznego choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19”	8	8	8	8	8	8
wolałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy miną bez konieczności wizyty	9	9	9	9	9	9
nie znam żadnego dobrego lekarza	10	10	10	X	10	10
brak lekarza	11	11	11	11	11	11
odmowa związana z moją niepełnosprawnością	12	12	12	12	12	12
inne	13	13	13	13	13	13

Kolejne dwa pytania dotyczą osób, które zadeklarowały stopień niepełnosprawności i/lub ograniczenia zdolności wykonywania czynności.

37. Czy korzystając z usług medycznych w 2020 r. natrafił(-ła) Pan/Pani na dane trudności techniczne, które okazały się dla Pana/Pani istotne:	Tak	Nie	Nie korzystałem(-łam) z usług
1) bariery architektoniczne budynków	1	2	3
2) trudności techniczne w rejestracji wizyty (niedostosowanie systemu)	1	2	
3) trudności w podpisaniu dokumentów	1	2	
4) trudności z zapoznaniem się z dokumentacją medyczną	1	2	
5) brak asystenta dla osoby z niepełnosprawnością	1	2	
6) brak specjalistycznego sprzętu (np. foteli stomatologicznych, ginekologicznych)	1	2	

38. Czy korzystając z usług medycznych w 2020 r. natrafił(-ła) Pan/Pani na dane trudności w kontaktach z personelem:	Tak	Nie	Nie korzystałem(-łam) z usług
1) trudności w komunikacji/porozumieniu/rozmowie z lekarzami	1	2	3
2) niezrozumienie potrzeb pacjenta przez lekarzy	1	2	
3) trudności wynikające z niezrozumienia informacji od lekarzy	1	2	
4) trudności w komunikacji/porozumieniu/rozmowie z innymi niż lekarze pracownikami placówki opieki zdrowotnej (np. pielęgniarkami, pracownikami rejestracji)	1	2	
5) niezrozumienie potrzeb pacjenta przez innych pracowników placówki opieki zdrowotnej	1	2	
6) trudności wynikające z uprzedzeń lub stereotypów pracowników placówki wobec osób z niepełnosprawnością (np. niechęć lub nadmierna troska)	1	2	
7) trudności wynikające z postaw innych pacjentów (lęk/niepewność lub przesadna troska/pomoc)	1	2	
8) podważanie zdolności pacjenta do wyrażania świadomej zgody na leczenie lub zabieg	1	2	

Kolejne pytanie dotyczy wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych

39. Proszę określić wykorzystanie telekomunikacji/Internetu	Tak	Nie
1) korzystałem(-łam) w 2020 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy i informacji o chorobach, sposobach leczenia	1	2
2) korzystałem(-łam) w 2020 r. z Internetu w celu pozyskania opinii na temat lekarzy	1	2
3) korzystałem(-łam) w 2020 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy o zdrowym stylu życia	1	2
4) korzystałem(-łam) w 2020 r. ze sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej	1	2
5) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-łam) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne telefonicznie	1	2
6) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-łam) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne poprzez stronę internetową	1	2
7) w ciągu ostatnich 3 miesięcy wykonywałem(-łam) badania i otrzymałem(-łam) wyniki drogą internetową (aplikacja mobilna)	1	2

Dział 4. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2020 ROKU

Uwaga: Pytania 40–46 obejmują jedynie opiekę zdrowotną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

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

40. Proszę ocenić na podstawie własnego doświadczenia jakość opieki zdrowotnej w 2020 r. (w porównaniu z poprzednim rokiem)		41. Proszę ocenić na podstawie własnych doświadczeń czas oczekiwania na poniższe świadczenia:	Bez- zwłó- cznie (do godz.)	W ciągu 1 dnia	Do tyg.	Do 2 tyg.	Do mies.	Do 2 mies.	Do 3 mies.	Do pół roku	Po- wyżej pół roku	Nie doty- czy
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pogorszyła się	1	1) wizytę u lekarza specjalisty	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pozostała bez zmian	2	2) wizytę u lekarza dentysty	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
poprawiła się	3	3) pobyt w szpitalu (nie dotyczy przypadków bardzo pilnych np. poród, wypadek)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie mam zdania	4											

42. 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 pielęgniarskiej 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 ramach opieki nocnej i świątecznej	1	2	3	4	5

Kolejne cztery pytania dotyczyć będą usług lekarza POZ.

43. 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. 47

44. Czy lekarz POZ podczas wizyt zalecał zdrowy tryb życia np. ćwiczenia fizyczne, dietę?	tak	1
	nie	2

45. Czy lekarz POZ pytał o emocjonalne problemy, które mogą mieć wpływ na Pana/Pani zdrowie (np. stres)?	tak	1
	nie	2

46. Proszę określić relację z lekarzem POZ:	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko lub nigdy
1) lekarz zna historię mojego leczenia	1	2	3	4
2) lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały	1	2	3	4
3) lekarz angażuje mnie w stopniu oczekiwanym w podejmowanie decyzji dot. mojej opieki i leczenia	1	2	3	4
4) lekarz daje możliwość zadawania pytań, wyrażania wątpliwości	1	2	3	4
5) czas poświęcony przez lekarza POZ podczas wizyty lekarskiej jest wystarczający	1	2	3	4

Pytania 47–50 dotyczą wszystkich badanych bez względu na wiek, dopuszcza się wywiad zastępczy.

47. Czy doświadczył(-ła) Pan/Pani w 2020 r. zdarzenia niepożądanego w szpitalu? (dotyczy pobytów dziennych oraz stacjonarnych, wyłączając poradnie przyszpitalne)	tak	1	→ pyt. 51
	nie	2	
	nie wiem	3	

Zdarzenie niepożądane to niezamierzona szkoda, która jest wynikiem świadczonej opieki zdrowotnej, a nie rezultatem naturalnego przebiegu choroby lub stanu zdrowia pacjenta. Szkoda oznacza fizyczne lub funkcjonalne uszkodzenie organizmu oraz wszelkie wynikające z tego szkodliwe konsekwencje, łącznie z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i zgonem. Ryzyko wystąpienia zdarzenia niepożądanego/szkody występuje zarówno podczas diagnostyki jak i w trakcie leczenia i opieki.

Zakażenie związane z opieką zdrowotną – dowolna choroba lub patologia związana z obecnością zarazka lub jego produktów w związku z korzystaniem z usług opieki zdrowotnej, zabiegami.

48. Proszę o opis zdarzenia o najpoważniejszych skutkach lub zdarzenia, o którym respondent posiada największą wiedzę. Jeśli o każdym ma jednakową wiedzę, proszę opisać zdarzenie, które wiązało się z najpoważniejszym uszczerbkiem na zdrowiu.	Wystąpienie zdarzenia w szpitalu		
	tak	nie	nie wiem
1) zakażenie	1	2	3
2) błędy dotyczące leków (rodzaj, dawka)	1	2	3
3) nieporozumienie, np. w relacji lekarz-pacjent, pielęgniarka-pacjent	1	2	3
4) błąd w diagnozie (rozpoznanie)	1	2	3
5) awaria sprzętu medycznego	1	2	3
6) chirurgia/zabieg operacyjny	1	2	3
7) uszkodzenie okołoporodowe	1	2	3
8) drobne zabiegi bez znieczulenia	1	2	3
9) inne	1	2	3

49. Czy w wyniku zdarzenia (w tym zakażenia) stan zdrowia Pana/Pani uległ pogorszeniu?	tak	1
	nie	2
	nie wiem	3

50. Jakie działania zostały podjęte w związku z doświadczonym zdarzeniem niepożądanym? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	
poinformowano pacjenta, że doszło do zdarzenia	1
przepraszono pacjenta/rodzinę	2
szpital wyraził współczucie/żał, że doszło do zdarzenia	3
wyjaśniono pacjentowi dlaczego doszło do zdarzenia . . .	4
poinformowano pacjenta o możliwych następstwach zdarzenia	5
zgłoszono skargę	6
nie podjęto żadnych działań ze strony placówki	7

Dział 5. Epidemia choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19”.

Pytanie dotyczy osób w wieku 15 lat i więcej. Pytania proszę nie wypełniać w przypadku wywiadu zastępczego dotyczącego osoby w wieku 15 lat i więcej.

51. Proszę o dodatkowe informacje związane z epidemią	Tak	Nie	Nie dotyczy
1) Czy z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii zaobserwował(-ła) Pan/Pani pogorszenie stanu zdrowia (nie dotyczy pogorszenia nastroju)?	1	2	3
2) Czy w związku z epidemią przebywał(-ła) Pan/Pani na obowiązkowej kwarantannie?	1	2	X
3) Czy w związku z epidemią musiał(-ła) Pan/Pani zrezygnować, ograniczyć lub przerwać proces leczenia lub rehabilitacji?	1	2	X
4) Czy konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem telefonicznie, lub także przy wykorzystaniu kamery wideo, ponieważ z powodu epidemii kontakt osobisty był niemożliwy lub zbyt ryzykowny?	1	2	X
5) Czy w 2020 r. miał(-ła) Pan/Pani objawy takie jak: suchy kaszel, duszności, gorączka powyżej 38°C?	1	2	X
6) Czy miał(-ła) Pan/Pani kontakt z osobą, która miała objawy j.w.?	1	2	X
7) Czy jeżeli zgłosił(-ła) się Pan/Pani do służb medyczno-epidemiologicznych w celu wykonania testu na obecność koronawirusa został on przeprowadzony?	1	2	3
8) Czy w związku z chorobą COVID-19 przebywał(-ła) Pan/Pani w szpitalu?	1	2	3
9) Jeśli Pan/Pani korzystał(-ła) z usług medycznych podczas epidemii, to czy, Pana/Pani zdaniem, zachowano wówczas wystarczające zabezpieczenia przed wirusem?	1	2	3
10) Czy planuje Pan/Pani skorzystać ze szczepienia na koronawirusa?	1	2	X

52. Czas trwania wywiadu (w minutach)

Uwagi ankietera

Numer ankietera

--	--	--	--	--	--	--	--

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

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