



## استبيان المريض والعائلة

| جيد جداً<br>☆😊☆ | جيد<br>😊 | متوسط<br>😊 | ضعيف<br>☹ | إن ملاحظتك في غاية الأهمية لنا!                                                                   |
|-----------------|----------|------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |          |            |           | <b>الرجاء الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالمرجع الفوري:</b>                                        |
|                 |          |            |           | لقد كنت قادرًا على التواصل مع CHEO من خلال المترجم الفوري.                                        |
|                 |          |            |           | لقد كان المترجم الفوري يتحدث لغتي جيدًا.                                                          |
|                 |          |            |           | لقد كان المترجم الفوري يفهمني ويفهم ثقافتني.                                                      |
|                 |          |            |           | كانت المعلومات التي تم تقديمها إليّ عبر المترجم واضحة وواضحة.                                     |
|                 |          |            |           | لقد كنت مرتاحًا في التواصل عبر المترجم الفوري.                                                    |
|                 |          |            |           | لم يتدخل المترجم الفوري بإبداء رأيه/رأيها أثناء الترجمة الفورية.                                  |
|                 |          |            |           | <b>الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية المتعلقة بالرعاية التي حصلت عليها من موظفي وخدمات CHEO.</b> |
|                 |          |            |           | بصورة عامة، ما مدى تقييمك للرعاية والخدمات التي حصلت عليها في المستشفى؟                           |
|                 |          |            |           | لقد أبدى الموظفون احترامهم لثقافتي/معتقداتي أو ممارساتي الدينية.                                  |
|                 |          |            |           | كان هناك خصوصية بما يكفي أثناء الزيارة.                                                           |
|                 |          |            |           | تم تبادل المعلومات المتعلقة بشأن الحالة والعلاج الخاص بالمرضى/الأوصياء بصورة يمكننا فهمها.        |
|                 |          |            |           | تم تبادل المعلومات المتعلقة بشأن الحالة والعلاج الخاص بالطفل/الشاب بصورة يمكنه/ها فهمها.          |
|                 |          |            |           | لقد تم اطلاعي دائمًا بأي تغييرات تطرأ على خطة العلاج (مثلًا نتائج الاختبارات، التأخيرات، إلخ).    |
|                 |          |            |           | لقد أجاب الموظفون على أسئلتني بطريقة يمكنني فهمها.                                                |
|                 |          |            |           | بصورة عامة، لقد حصلت على معلومات كافية من مزودي الرعاية.                                          |
|                 |          |            |           | لقد حصلت على معلومات كافية بشأن الآثار الجانبية للعلاج أو الأدوية.                                |
|                 |          |            |           | لقد حصلت على معلومات كافية بشأن التغييرات المحتملة في الأنشطة المدرسية أو الأنشطة العادية.        |
|                 |          |            |           | لقد تم تعليمي بكيفية إجراء الرعاية في المنزل.                                                     |
|                 |          |            |           | لقد تم إخباري بإشارات الخطر المتعلقة بالحالة والتي ينبغي أن ألاحظها بعد الزيارة.                  |
|                 |          |            |           | لقد تم إخباري بمتى وأين سوف يتم إجراء الموعد التالي الخاص بي.                                     |
|                 |          |            |           | لقد تم إخباري بإشارات الخطر المتعلقة بالحالة والتي ينبغي أن ألاحظها بعد الزيارة.                  |
|                 |          |            |           | لدي ثقة ويقين في قدرات مزودي الرعاية.                                                             |
|                 |          |            |           | إذا تحدثت إلى مزودي الرعاية بشأن أية مخاوف أو شكوك، فإنهم يقدمون المساعدة اللازمة.                |