**口译和笔译服务调查**

NHS 诺丁汉和诺丁汉郡临床执业联盟 (CCG) 想听到为第一语言不是英语且在获取全科医生服务时需要使用口译和笔译服务的患者服务的个人和团体/组织的意见。 提供的反馈将用于制定自 2022 年 12 月起实施的新服务的规范。

在给出回答时，您可能希望考虑以下信息；

* 在 Covid-19 大流行期间，医疗机构向患者提供了更多电话预约诊疗。尽管这一情况会随着时间的推移而减少，但应注意的是，在门诊有序开放后，一部分电话预约诊疗将继续获得提供。
* 预约面对面口译员需要至少 48 小时通知。  如果通知期少于 48 小时，通常会为这一预约诊疗提供电话口译服务。
* 对于请求频率较低/不常用的语言，可能需要更长的通知期。口译员的可用情况将会是一个因素。
* 有时可能会出现一些情况，导致面对面口译员无法参加预订的预约诊疗。
* 视频连线咨询可以在全科医生诊所或家中进行。

我们期待收到您填好的问卷调查。

调查将于 **2022 年 4 月 24 日**结束

感谢您的帮助

**1**  在继续之前，我们需要获得您的许可，表明您同意我们记录您的意见。我们会将您的意见用于分析和制作报告。此信息可能会与其他服务共享，但将保持匿名，并且不会包含任何可以将您识别为个人的信息。您是否许可？

 是[ ]

 否 [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **关于您****您或您服务的患者在哪个地方获取全科医生服务？** 中诺丁汉郡（曼斯菲尔德、阿什菲尔德、纽瓦克和舍伍德）[ ] 诺丁汉市 [ ] 南诺丁汉（盖德林、布罗克斯托、拉什克利夫）[ ]  |
| **3** | **您完成此调查的身份是：**医疗保健专业人员 [ ] 倡导团体 [ ] 患者代表 [ ] 患者 [ ] 其他 [ ]  |
| **4** | **为在全科医生诊所与临床医生之间进行的咨询（例行预约诊疗）提供口译服务**在英语不是第一语言的患者请求在参加**例行预约诊疗**时获得口译服务以向全科医生或护士进行咨询的情况下，请按向患者提供的选项的重要性程度排定优先级；

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 一点都不重要 | 有点重要  | 中等 | 重要 | 非常重要 |
| 提供面对面口译（将需要等待**面对面**口译员协助预约诊疗） |  |  |  |  |  |
| 提供电话口译 |  |  |  |  |  |
| 通过视频连线口译员与医疗保健专业人员进行面对面预约诊疗 |  |  |  |  |  |
| 与患者、医疗保健专业人员和口译员进行视频连线咨询 |  |  |  |  |  |
| 面对面、电话或视频口译，将提供最早的预约诊疗 |  |  |  |  |  |

 |

 |
| **5** | **为在全科医生诊所与临床医生之间进行的咨询（当天/紧急预约诊疗）提供口译服务**在英语不是第一语言的患者请求在参加**当天/紧急预约诊疗**时获得口译服务以向全科医生或护士进行咨询的情况下，请按向患者提供的选项的重要性程度排定优先级；

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 一点都不重要 | 有点重要 | 中等 | 重要 | 非常重要 |
| 提供电话口译  |  |  |  |  |  |
| 通过视频连线口译员与医疗保健专业人员进行面对面预约诊疗（在门诊有序开放后）  |  |  |  |  |  |
| 与患者、医疗保健专业人员和口译员进行视频连线咨询 |  |  |  |  |  |
| 与患者、医疗保健专业人员和口译员进行视频连线咨询 |  |  |  |  |  |
| 面对面、电话或视频口译，将提供最早的预约诊疗 |  |  |  |  |  |

 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **您使用以下选项的可能性有多大？**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 非常可能 | 可能 | 谈不上可能也谈不上不可能 | 不可能 | 根本不可能 |
| 提供面对面口译（将需要等待**面对面**口译员协助预约诊疗） |  |  |  |  |  |
| 提供电话口译  |  |  |  |  |  |
| 通过视频连线口译员与医疗保健专业人员进行面对面预约诊疗 |  |  |  |  |  |
| 与患者、医疗保健专业人员和口译员进行视频连线咨询 |  |  |  |  |  |
| 面对面、电话或视频口译，将提供最早的预约诊疗 |  |  |  |  |  |

 |

 |
| **7** | **一项建议是，仅向那些第一语言不是英语且具有以下沟通需求或弱点之一的人提供面对面口译：*** 失智
* 学习困难/障碍
* 心理健康状况
* 唇读、听力下降或患者根据无障碍信息标准请求进行合理的调整

您认为应该这样做吗？是 [ ] 否 [ ] 不知道 [ ]  |
| **8** | **一项建议是引入一项标准，仅向需要口译服务的患者中那些英语不是第一语言且在即将参加的预约诊疗中将遇到以下情况的患者提供面对面口译服务：*** 接收复杂/坏消息
* 或者必须对他们的治疗做出重大决定
* 或者需要进行细致的检查

您认为应该这样做吗？是 [ ] 否 [ ] 不知道 [ ]  |
| **9** | **确定您的优先事项**在委派口译和笔译服务时，您认为以下几项的重要程度如何？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 一点都不重要 | 有点重要 | 中等 | 重要 | 非常重要 |
| NHS 的费用 |  |  |  |  |  |
| 大力推广不同类型口译和笔译服务的可用性 |  |  |  |  |  |
| 口译员具有在医疗保健情境中进行口译的经验 |  |  |  |  |  |
| 预约的灵活性  |  |  |  |  |  |
| 良好的患者体验 |  |  |  |  |  |
| 良好的实操体验；预订方便、实操性强、口译员的可用情况 |  |  |  |  |  |
| 提供的语言范围 |  |  |  |  |  |
| 提供的方法范围（电话、视频/面对面、面对面、视频） |  |  |  |  |  |
| 服务的可靠性  |  |  |  |  |  |
| 响应速度 |  |  |  |  |  |
| 物有所值 |  |  |  |  |  |
| 医疗文档的书面翻译，用于支持全科医生提供的治疗 |  |  |  |  |  |

 |
| **10** | **请列出本调查问卷中尚未涵盖的任何进一步的意见和建议。** |

**平等性和多样性部分**

我们致力于为所有社区成员提供平等获得医疗保健服务的机会。为实现这一目标，收集以下信息至关重要，将有助于我们确保提供最有效且最恰当的医疗保健服务。

回答这些问题完全是自愿的，所提供的任何信息都将保持匿名。

**11 您的性别是？**

[ ] 男孩/男人

[ ] 女孩/女人

[ ] 非二元（总括性术语，指对性别认同不能简单地用“男人”或“女人”来描述的人）

[ ] 其他（如果愿意，您可以指定）

 [ ] 不想说

**12 您的性别认同与您出生时登记的性别相同吗？**

[ ] 是

[ ] 否

[ ] 不想说

**13 您属于哪个年龄段？**

[ ] 16 岁以下

[ ] 16-17 岁

[ ] 18-24 岁

[ ] 25-34 岁

[ ] 35-44 岁

[ ] 45-54 岁

[ ] 55-64 岁

[ ] 65-74 岁

[ ] 75-84 岁

[ ] 85 岁以上

[ ] 不想说

**14 哪个种族/民族最符合对您的描述？**

[ ] 阿拉伯人

[ ] 亚洲人/亚裔英国人 – 孟加拉人

[ ] 亚洲人/亚裔英国人 – 印度人

[ ] 亚洲人/亚裔英国人 – 巴基斯坦人

[ ] 黑人/英国籍黑人 – 非洲裔

[ ] 黑人/英国籍黑人 – 加勒比人

[ ] 中国人

[ ] 吉普赛人或漂泊者

[ ] 混血 – 白人和亚洲人

[ ] 混血 – 白人和非洲黑人

[ ] 混血 – 白人和加勒比黑人

[ ] 其他亚裔背景

[ ] 其他黑人背景

[ ] 其他种族背景

[ ] 其他混血背景

[ ] 白人

[ ] 白人 – 爱尔兰人

[ ] 不想说

**15 请选择您使用的语言**

[ ] 阿尔巴尼亚语

[ ] 阿姆哈拉语

[ ] 阿拉伯语

[ ] 孟加拉语

[ ] 粤语/普通话

[ ] 捷克语

[ ] 达里语

[ ] 英语

[ ] 波斯语

[ ] 法语

[ ] 印地语

[ ] 印度旁遮普语

[ ] 库尔德语（索拉尼方言）

[ ] 拉脱维亚语

[ ] 立陶宛语

[ ] 普通话

[ ] 蒙古语

[ ] 巴基斯坦旁遮普语

[ ] 普什图语

[ ] 波兰语

[ ] 葡萄牙语

[ ] 罗马尼亚语

[ ] 俄语

[ ] 索拉尼方言

[ ] 西班牙语

[ ] 提格里尼亚语

[ ]  乌尔都语

 [ ]  越南语

 [ ] 其他

**16 您是否有影响您生活的疾病或残疾？**

[ ] 没有已知的残疾、疾病或学习障碍

[ ] 长期存在的疾病或身体状况，例如癌症、艾滋病、糖尿病、慢性心脏病或癫痫

[ ] 心理健康问题，例如抑郁症、精神分裂症或焦虑症

[ ] 身体损伤或行动不便，例如手臂活动不灵活或者使用轮椅或拐杖

[ ] 社交/交流障碍，例如言语和语言障碍或阿斯伯格综合症/其他自闭症谱系障碍

[ ] 特定的学习困难症，例如失读症、运动障碍或 AD(H)D

[ ] 失明或有无法通过戴眼镜矫正的视觉障碍

[ ] 失聪或有听力障碍

[ ] 上面未列出的损伤、身体状况或学习障碍（如果您愿意，请指出）

[ ] 不想说

**17 您是否为因疾病、虚弱、残疾、心理健康问题或成瘾而需要帮助的家庭成员、伴侣或朋友提供无偿支持？**

[ ] 是

[ ] 否
[ ] 不想说

**18 如果有的话，您的宗教/信仰是什么？**

[ ] 无宗教

[ ] 无神论者（无信仰）

[ ] 佛教

[ ] 基督教

[ ] 基督教 - 苏格兰教会

[ ] 基督教 - 罗马天主教

[ ] 基督教 - 爱尔兰长老会

[ ] 基督教 - 爱尔兰教会

[ ] 基督教 - 爱尔兰卫理公会

[ ] 基督教 - 其他教派

[ ] 印度教

[ ] 犹太教

[ ] 穆斯林

[ ] 锡克教

[ ] 精神

[ ] 任何其他宗教或信仰

[ ] 不想说

**19 您的性取向是什么？**

[ ] 无性恋

[ ] 双性恋

[ ] 男同性恋

[ ] 女同性恋

[ ] 异性恋

[ ] 酷儿

[ ] 其他

[ ] 不想说

**感谢您参与本次调查**

**您的回答对我们很重要，它们将用于帮助塑造医疗保健的未来**