

## Kwestionariusz pacjenta NAD MAS 2026

Czy chciałbyś pomóc w ulepszeniu usług związanych z badaniem pamięci w Anglii i Walii?

### **Dla kogo przeznaczona jest ta ankieta?**

Niniejsza ankieta stanowi część krajowego audytu klinicznego i jest skierowana do osób, które zostały skierowane do poradni zajmującej się badaniem pamięci w celu przeprowadzenia oceny i/lub postawienia diagnozy. Zachęcamy Państwa do udzielenia odpowiedzi na 11 krótkich pytań dotyczących jakości opieki, jaką otrzymali Państwo w tej poradni. Odpowiedź na wszystkie pytania jest dobrowolna, z wyjątkiem podania nazwy placówki. Wypełnienie ankiety powinno zająć około 10–15 minut.

### **Ten kwestionariusz jest przeznaczony dla osób, które przeszły badania i otrzymały diagnozę.**

Prosimy pamiętać, że dla członków rodziny, przyjaciół i innych osób wspierających osoby przechodzące proces diagnostyczny przygotowano osobną ankietę.

### **Co dzieje się z przekazanymi informacjami?**

Przekazane przez Państwa informacje zostaną wykorzystane w sprawozdaniach, aby pomóc tej służbie zajmującej się oceną pamięci oraz innym służbom w podnoszeniu standardów opieki poprzez wskazanie dobrych praktyk oraz obszarów wymagających poprawy.

### **W jaki sposób zapewniona zostanie poufność moich danych?**

Wszystkie wymagane informacje mają charakter anonimowy. Państwa odpowiedzi są przekazywane do programu National Audit of Dementia – a nie bezpośrednio do Państwa ośrodka zajmującego się chorobami pamięci. Udział w badaniu jest dobrowolny i nie wpłynie w żaden sposób na jakość Państwa opieki.

**Którą wersję ankiety wybierasz?**

Pełna treść

Odpowiedzi za pomocą emotikonów 

**Kliknij tutaj, aby przejść do ankiety z odpowiedziami w formie zdjęć.**

Proszę podać nazwę placówki zajmującej się badaniem pamięci, w której przeprowadzono badanie i/lub postawiono diagnozę:

**N12 Proszę opisać swoją sytuację:**

Zostałem skierowany do tej placówki w celu przeprowadzenia badania pamięci  
NIE jestem osobą, która została skierowana do tej placówki. Odpowiadam w imieniu osoby, która została skierowana do tej placówki.

Jestem członkiem rodziny lub znajomym osoby skierowanej do poradni zajmującej się badaniem pamięci

Jestem wolontariuszem (proszę podać szczegóły)

**Uwaga: pracownicy zaangażowani w badanie i/lub diagnozowanie pacjenta nie powinni wypełniać niniejszego kwestionariusza.**

**Q1** Jak długo mniej więcej czekałeś od momentu skierowania do poradni zajmującej się badaniem pamięci do postawienia diagnozy?  
*Czas w miesiącach (skierowanie na badanie -> diagnoza)*

- 1 miesiąc
- 2 miesiące
- 3 – 6 miesięcy
- 7 – 12 miesięcy
- Ponad 1 rok
- Nie wiem
- Wolę nie odpowiadać

**Czy w czasie oczekiwania na diagnozę czuleś, że otrzymałeś potrzebne wsparcie?**

Tak, całkowicie

Tak, w pewnym stopniu

Nie

Nie wiem

Wolę nie odpowiadać

Możesz dodać dodatkowe uwagi:

**Czy w czasie oczekiwania na diagnozę czuleś, że otrzymałeś potrzebne wsparcie?**

Tak, całkowicie

Tak, w pewnym stopniu

Nie

Nie wiem

Wolę nie odpowiadać

Możesz dodać dodatkowe uwagi:

**Q4** Czy miałeś okazję zadać pytania dotyczące swojej diagnozy i dalszego przebiegu leczenia:

*Proszę wybrać jedną odpowiedź w każdym wierszu.*

	Tak	Nie	W pewnym stopniu	Nie wiem
Podczas wizyty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Po wizycie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q5** Czy brałeś udział w planowaniu swojej przyszłej opieki i wsparcia?

Tak

Tak, ale nie tak bardzo, jak bym chciał

Nie, ale chciałem się zaangażować

Nie, i nie chciałem się angażować

Nie pamiętam / nie jestem pewien

Wolę nie odpowiadać

**Czy dysponują Państwo pisemnym planem dalszego wsparcia? (Może on nosić nazwę "dementia care plan")**

- Tak, całkowicie
- Tak, w pewnym stopniu
- Nie
- Nie wiem
- Wolę nie odpowiadać

Możesz dodać dodatkowe uwagi:

**Jak oceniają Państwo tę usługę badania pamięci?**

- Ogólnie bardzo dobrze
- W porządku
- Słabo
- Nie wiem/wolę nie odpowiadać

Prosimy o dodanie dodatkowych uwag:

Czy skontaktowano się z Tobą z lokalnym doradcą ds. opieki nad osobami cierpiącymi na demencję lub z konkretną osobą, która zapewni Ci stałe wsparcie (po postawieniu diagnozy)?

- Tak
- Nie
- Nie wiem
- Wolę nie odpowiadać

Prosimy o podanie informacji, z kim nawiązali Państwo kontakt w sprawie dalszego wsparcia:

## O Tobie

Potrzeby i priorytety ludzi mogą się różnić w zależności od takich czynników, jak np. wiek. Abyśmy mogli zidentyfikować czynniki wpływające na tego typu odpowiedzi we wszystkich otrzymanych ankietach, będziemy bardzo wdzięczni, jeśli poświęcisz chwilę na udzielenie odpowiedzi na poniższe krótkie pytania. Odpowiedzi są dobrowolne, a wszystkie dane są anonimowe.

Poniżej znajduje się link zawierający informacje na temat tego, w jaki sposób będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe zgodnie z przepisami prawa. Informacja o ochronie prywatności w ramach krajowego audytu klinicznego.

**Uwaga:** informacje podane w tej sekcji powinny dotyczyć osoby cierpiącej na demencję, nawet jeśli formularz wypełnia w jej imieniu inna osoba.

Jak określasz swoją **pleć**?

- Mężczyzna
- Kobieta
- Inne
- Wolę nie odpowiadać

W jakim jesteś **wieku**?

- 18-24 lata
- 25-34 lata
- 35-44 lata
- 45-54 lata
- 55-64 lata
- 65-74 lata
- 75-84 lata
- 85 lat lub więcej
- Wolę nie odpowiadać

Proszę wskazać swoją przynależność **etniczną**:

- Biała / Biała brytyjska
- Czarna / Czarna brytyjska
- Azjatycka / Azjatycka brytyjska
- Mieszana
- Inna
- Wolę nie odpowiadać

**Bardzo dziękujemy za odpowiedzi**