**Анкета для законных представителей детей-инвалидов с сахарным диабетом 1 типа**

*(об организации направления на установку инсулиновых помп)*

**Цель анкетирования:** Выявить проблемы, с которыми сталкиваются родители (законные представители) детей с СД 1 типа при постановке в очередь на установку инсулиновой помпы, а также оценить уровень информированности и удобства процедуры.

1. **Возраст ребенка:** \_\_\_\_\_\_ лет
2. **Дата постановки диагноза СД 1 типа у ребенка:** \_\_\_\_\_\_
3. **Дата подачи заявления на установку инсулиновой помпы? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Как вы подавали заявление на установку помпы?**
	* ○ Лично в стационаре во время госпитализации
	* ○ Иным способом (укажите): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Были ли у вас трудности при подаче документов?**
	* ○ Да (опишите): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	* ○ Нет
6. **Получали ли вы информацию о предполагаемых сроках установки инсулиновой помпы?**
	* ○ Да
	* ○ Нет
7. **Как бы вы хотели получать информацию о предполагаемых сроках установки инсулиновой помпы?**
	* ○ На сайте Минздрава/больницы
	* ○ СМС-уведомления
	* ○ Электронная почта
	* ○ Звонок от врача
	* ○ Другое (укажите): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. **Если вас уже пригласили на установку помпы, как вас уведомили о дате госпитализации?**
	* ○ Телефонный звонок
	* ○ Письменное уведомление
	* ○ Через врача
	* ○ Другое (укажите): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. **Устраивали ли вас предложенные даты госпитализации?**
	* ○ Да
	* ○ Нет (почему?): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. **Приходилось ли вам откладывать установку помпы?**
	* ○ Да (почему?): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	* ○ Нет
11. **Была ли вам заранее известна модель помпы, которую планируют установить?**
	* ○ Да
	* ○ Нет
	* ○ Модель сообщили только при госпитализации
12. **Давались ли Вам разъяснения по возможным к установке моделям инсулиновых помп?**
	* ○ Да
	* ○ Нет
13. **Как, по вашему мнению, можно улучшить систему установки инсулиновых помп?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

15. **Оцените по шкале от 1 до 5 уровень вашей удовлетворенности процессом:**

* Информированность: 1 2 3 4 5
* Скорость постановки в очередь: 1 2 3 4 5
* Удобство взаимодействия с мед. учреждениями: 1 2 3 4 5

16. **Ваши дополнительные предложения и комментарии:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**