

# Estudo HCAHPS (Avaliação do Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde)

## INSTRUÇÕES DO ESTUDO

- ◆ Só deve preencher este estudo se for o paciente, durante a hospitalização, indicado na carta de apresentação. Não preencha este estudo se não for o paciente.
- ◆ Responda a todas as perguntas marcando o quadrado à esquerda da sua resposta.
- ◆ Por vezes vamos pedir-lhe que salte algumas perguntas deste estudo. Quando isto acontece, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual a pergunta que deve responder a seguir, como por exemplo:

- Sim
- Não → *Se responder Não, vá para a Pergunta 1*

***Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes.***

***Nota: As perguntas 1 a 29 deste estudo fazem parte de uma iniciativa nacional que visa determinar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. OMB #0938-0981 (Vence 30 de setembro de 2024)***

Responda às perguntas deste estudo relativamente à hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

### OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o tratou com cortesia e respeito?

- 1  Nunca
- 2  Algumas vezes
- 3  Habitualmente
- 4  Sempre

2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o escutou atentamente?

- 1  Nunca
- 2  Algumas vezes
- 3  Habitualmente
- 4  Sempre

3. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- 1  Nunca
- 2  Algumas vezes
- 3  Habitualmente
- 4  Sempre

4. Durante esta hospitalização, quando pressionou o botão de chamada, com que frequência recebeu ajuda no momento em que queria?

- 1  Nunca  
2  Algumas vezes  
3  Habitualmente  
4  Sempre  
9  Nunca pressionei o botão de chamada

### OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

---

5. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o trataram com cortesia e respeito?

- 1  Nunca  
2  Algumas vezes  
3  Habitualmente  
4  Sempre

6. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o escutaram atentamente?

- 1  Nunca  
2  Algumas vezes  
3  Habitualmente  
4  Sempre

7. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- 1  Nunca  
2  Algumas vezes  
3  Habitualmente  
4  Sempre

### AMBIENTE HOSPITALAR

---

8. Durante esta hospitalização, com que frequência o seu quarto e sanitário foram mantidos limpos?

- 1  Nunca  
2  Algumas vezes  
3  Habitualmente  
4  Sempre

9. Durante esta hospitalização, com que frequência a área próxima do seu quarto se manteve silenciosa durante a noite?

- 1  Nunca  
2  Algumas vezes  
3  Habitualmente  
4  Sempre

### A SUA EXPERIÊNCIA NESTE HOSPITAL

---

10. Durante esta hospitalização, necessitou de ajuda por parte do pessoal de enfermagem, ou de outro pessoal do hospital, para ir ao sanitário ou para usar uma arrastadeira (comadre)?

- 1  Sim  
2  Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 12

11. Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?

- 1  Nunca  
2  Algumas vezes  
3  Habitualmente  
4  Sempre

12. Durante esta hospitalização, foi-lhe administrado algum remédio que nunca tivesse tomado anteriormente?

Sim

Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 15

13. Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?

Nunca

Algumas vezes

Habitualmente

Sempre

14. Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?

Nunca

Algumas vezes

Habitualmente

Sempre

#### **QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL**

15. Depois de ter tido alta do hospital, foi diretamente para a sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra instituição de cuidados de saúde?

Própria casa

Casa de outra pessoa

Outra instituição de cuidados de saúde → Se responder outra instituição, vá para a Pergunta 18

16. Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após ter alta do hospital?

Sim

Não

17. Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atento depois de ter alta do hospital?

Sim

Não

#### **CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL**

Responda às perguntas seguintes sobre a hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

18. Usando um número de 0 a 10, em que 0 significa o pior hospital possível e 10 significa o melhor hospital possível, que número usaria para classificar este hospital durante a sua hospitalização?

0 O pior hospital possível

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 O melhor hospital possível

19. **Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?**

- 1  Definitivamente não
- 2  Provavelmente não
- 3  Provavelmente sim
- 4  Definitivamente sim

### **ENTENDIMENTO DOS CUIDADOS PRESTADOS QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL**

---

20. **Durante esta hospitalização, o pessoal tomou em consideração as minhas preferências, bem como as da minha família, ou do assistente de cuidados domiciliários (cuidador), na decisão sobre quais seriam as minhas necessidades de cuidados de saúde após ter alta.**

- 1  Discordo totalmente
- 2  Discordo
- 3  Concordo
- 4  Concordo totalmente

21. **Quando tive alta do hospital, sabia bem as minhas responsabilidades quanto ao controle da minha saúde.**

- 1  Discordo totalmente
- 2  Discordo
- 3  Concordo
- 4  Concordo totalmente

22. **Quando tive alta do hospital, sabia bem a razão por que iria tomar cada um dos meus remédios.**

- 1  Discordo totalmente
- 2  Discordo
- 3  Concordo
- 4  Concordo totalmente
- 5  Não me foi dado qualquer remédio, quando tive alta do hospital

### **A SEU RESPEITO**

---

Faltam apenas algumas perguntas.

23. **Durante esta hospitalização, foi admitido neste hospital através da Urgência (Emergência)?**

- 1  Sim
- 2  Não

24. **Em geral, como classificaria a sua saúde como um todo?**

- 1  Excelente
- 2  Muito boa
- 3  Boa
- 4  Razoável
- 5  Fraca

25. **Em geral, como classificaria a sua saúde mental ou emocional como um todo?**

- 1  Excelente
- 2  Muito boa
- 3  Boa
- 4  Razoável
- 5  Fraca

26. **Qual é o seu nível escolar?**

- 1  8 anos de escolaridade ou menos
- 2  Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma
- 3  Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED)
- 4  Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos
- 5  Curso universitário de 4 anos
- 6  Curso universitário com duração superior a 4 anos

**27. É de origem ou descendência espanhola, hispânica ou latina?**

- 1 Não, não sou de origem espanhola, hispânica ou latina
- 2 Sim, de origem porto-riquenha
- 3 Sim, de origem mexicana, mexicana americana, chicana
- 4 Sim, de origem cubana
- 5 Sim, outra origem espanhola/hispânica/latina

**28. Qual a sua raça? Escolha uma ou mais.**

- 1 Branca
- 2 Negra ou afro-americana
- 3 Asiática
- 4 Nativa do Havai ou de outra Ilha do Pacífico
- 5 Índia americana ou nativa do Alasca

**29. Qual é a língua mais falada em casa?**

- 1 Inglês
- 2 Espanhol
- 3 Chinês
- 4 Russo
- 5 Vietnamita
- 6 Português
- 7 Alemão
- 8 Tagalo
- 9 Árabe
- 20 Outra língua (escreva em letra maiúscula): \_\_\_\_\_

*NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).*

## OBRIGADO

Devolva, por favor, este estudo depois de preenchido,  
no envelope com porte pré-pago.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING  
HOSPITAL]

*As perguntas 1 a 19 e 23 a 29 são parte do Estudo sobre HCAHPS e são do governo norte-americano. Estas perguntas de HCAHPS são do domínio público e, por conseguinte, NÃO estão sujeitas às leis de direitos autorais dos EUA. As três perguntas referentes a Care Transitions Measure® (Perguntas 20-22) estão abrangidas pelos direitos autorais de Eric A. Coleman, MD, MPH. Todos os direitos reservados.*

# Estudo HCAHPS (Avaliação do Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde)

## INSTRUÇÕES DO ESTUDO

- ◆ Só deve preencher este estudo se for o paciente, durante a hospitalização, indicado na carta de apresentação. Não preencha este estudo se não for o paciente.
- ◆ Responda a todas as perguntas preenchendo o círculo à esquerda da sua resposta.
- ◆ Por vezes vamos pedir-lhe que salte algumas perguntas deste estudo. Quando isto acontece, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual a pergunta que deve responder a seguir, como por exemplo:

Sim

Não → *Se responder Não, vá para a Pergunta 1*

***Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes.***

***Nota: As perguntas 1 a 29 deste estudo fazem parte de uma iniciativa nacional que visa determinar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. OMB #0938-0981 (Vence 30 de setembro de 2024)***

Responda às perguntas deste estudo relativamente à hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

### OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o tratou com cortesia e respeito?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o escutou atentamente?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

3. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

4. Durante esta hospitalização, quando pressionou o botão de chamada, com que frequência recebeu ajuda no momento em que queria?

- 1 Nunca  
 2 Algumas vezes  
 3 Habitualmente  
 4 Sempre  
 9 Nunca pressionei o botão de chamada

### **OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS**

---

5. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o trataram com cortesia e respeito?

- 1 Nunca  
 2 Algumas vezes  
 3 Habitualmente  
 4 Sempre

6. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o escutaram atentamente?

- 1 Nunca  
 2 Algumas vezes  
 3 Habitualmente  
 4 Sempre

7. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguiu entender?

- 1 Nunca  
 2 Algumas vezes  
 3 Habitualmente  
 4 Sempre

### **AMBIENTE HOSPITALAR**

---

8. Durante esta hospitalização, com que frequência o seu quarto e sanitário foram mantidos limpos?

- 1 Nunca  
 2 Algumas vezes  
 3 Habitualmente  
 4 Sempre

9. Durante esta hospitalização, com que frequência a área próxima do seu quarto se manteve silenciosa durante a noite?

- 1 Nunca  
 2 Algumas vezes  
 3 Habitualmente  
 4 Sempre

### **A SUA EXPERIÊNCIA NESTE HOSPITAL**

---

10. Durante esta hospitalização, necessitou de ajuda por parte do pessoal de enfermagem, ou de outro pessoal do hospital, para ir ao sanitário ou para usar uma arrastadeira (comadre)?

- 1 Sim  
 2 Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 12

11. Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?

- 1 Nunca  
 2 Algumas vezes  
 3 Habitualmente  
 4 Sempre

12. Durante esta hospitalização, foi-lhe administrado algum remédio que nunca tivesse tomado anteriormente?

10 Sim

20 Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 15

13. Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?

10 Nunca

20 Algumas vezes

30 Habitualmente

40 Sempre

14. Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?

10 Nunca

20 Algumas vezes

30 Habitualmente

40 Sempre

#### **QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL**

15. Depois de ter tido alta do hospital, foi diretamente para a sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra instituição de cuidados de saúde?

10 Própria casa

20 Casa de outra pessoa

30 Outra instituição de cuidados de saúde → Se responder outra instituição, vá para a Pergunta 18

16. Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após ter alta do hospital?

10 Sim

20 Não

17. Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atento depois de ter alta do hospital?

10 Sim

20 Não

#### **CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL**

Responda às perguntas seguintes sobre a hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

18. Usando um número de 0 a 10, em que 0 significa o pior hospital possível e 10 significa o melhor hospital possível, que número usaria para classificar este hospital durante a sua hospitalização?

00 0 O pior hospital possível

10 1

20 2

30 3

40 4

50 5

60 6

70 7

80 8

90 9

100 10 O melhor hospital possível

19. **Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?**

- 1  Definitivamente não
- 2  Provavelmente não
- 3  Provavelmente sim
- 4  Definitivamente sim

### **ENTENDIMENTO DOS CUIDADOS PRESTADOS QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL**

---

20. **Durante esta hospitalização, o pessoal tomou em consideração as minhas preferências, bem como as da minha família, ou do assistente de cuidados domiciliários (cuidador), na decisão sobre quais seriam as minhas necessidades de cuidados de saúde após ter alta.**

- 1  Discordo totalmente
- 2  Discordo
- 3  Concordo
- 4  Concordo totalmente

21. **Quando tive alta do hospital, sabia bem as minhas responsabilidades quanto ao controle da minha saúde.**

- 1  Discordo totalmente
- 2  Discordo
- 3  Concordo
- 4  Concordo totalmente

22. **Quando tive alta do hospital, sabia bem a razão por que iria tomar cada um dos meus remédios.**

- 1  Discordo totalmente
- 2  Discordo
- 3  Concordo
- 4  Concordo totalmente
- 5  Não me foi dado qualquer remédio, quando tive alta do hospital

### **A SEU RESPEITO**

---

Faltam apenas algumas perguntas.

23. **Durante esta hospitalização, foi admitido neste hospital através da Urgência (Emergência)?**

- 1  Sim
- 2  Não

24. **Em geral, como classificaria a sua saúde como um todo?**

- 1  Excelente
- 2  Muito boa
- 3  Boa
- 4  Razoável
- 5  Fraca

25. **Em geral, como classificaria a sua saúde mental ou emocional como um todo?**

- 1  Excelente
- 2  Muito boa
- 3  Boa
- 4  Razoável
- 5  Fraca

26. **Qual é o seu nível escolar?**

- 1  8 anos de escolaridade ou menos
- 2  Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma
- 3  Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED)
- 4  Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos
- 5  Curso universitário de 4 anos
- 6  Curso universitário com duração superior a 4 anos

**27. É de origem ou descendência espanhola, hispânica ou latina?**

- Não, não sou de origem espanhola, hispânica ou latina
- Sim, de origem porto-riquenha
- Sim, de origem mexicana, mexicana americana, chicana
- Sim, de origem cubana
- Sim, outra origem espanhola/ hispânica/latina

**28. Qual a sua raça? Escolha uma ou mais.**

- Branca
- Negra ou afro-americana
- Asiática
- Nativa do Havai ou de outra Ilha do Pacífico
- Índia americana ou nativa do Alasca

**29. Qual é a língua mais falada em casa?**

- Inglês
- Espanhol
- Chinês
- Russo
- Vietnamita
- Português
- Alemão
- Tagalo
- Árabe
- Outra língua (escreva em letra maiúscula): \_\_\_\_\_

*NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).*

## OBRIGADO

Devolva, por favor, este estudo depois de preenchido,  
no envelope com porte pré-pago.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING  
HOSPITAL]

*As perguntas 1 a 19 e 23 a 29 são parte do Estudo sobre HCAHPS e são do governo norte-americano. Estas perguntas de HCAHPS são do domínio público e, por conseguinte, NÃO estão sujeitas às leis de direitos autorais dos EUA. As três perguntas referentes a Care Transitions Measure® (Perguntas 20-22) estão abrangidas pelos direitos autorais de Eric A. Coleman, MD, MPH. Todos os direitos reservados.*

## **Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey**

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Exmo. Sr./Exma. Sra. [SAMPLED PATIENT NAME]:

Os nossos registros indicam que esteve recentemente hospitalizado no [NAME OF HOSPITAL] tendo tido alta em [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Dado que a sua hospitalização teve lugar recentemente, vimos solicitar a sua ajuda.

A pesquisa anexa é parte de uma iniciativa para compreender como os pacientes percebem o tratamento hospitalar que receberam. As perguntas 1 a 29 da pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e devem levar aproximadamente 7 minutos para serem respondidas.

A sua participação é voluntária e suas respostas serão mantidas confidenciais. Suas informações ajudarão a melhorar o atendimento oferecido pelos hospitais e ajudar outras pessoas a escolher um hospital. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na internet na Care Compare em [Medicare.gov](http://www.medicare.gov/care-compare) ([www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare)).

Depois de completar o estudo, devolva-o, por favor, no envelope de porte pré-pago. Se necessitar de quaisquer esclarecimentos sobre o estudo em anexo, telefone para o número gratuito: 1-xxx-xxx-xxxx.

Agradecemos muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

Atenciosamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]



# Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Exmo. Sr./Exma. Sra. [SAMPLED PATIENT NAME]:

Os nossos registros indicam que esteve recentemente hospitalizado no [NAME OF HOSPITAL] tendo tido alta em [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Algumas semanas atrás enviamos-lhe um estudo referente à sua hospitalização. Se já nos devolveu o estudo, muito agradecemos, e solicitamos que ignore esta carta. Porém, se ainda não respondeu ao estudo, agradecemos que disponibilize agora alguns minutos para o seu preenchimento.

A pesquisa anexa é parte de uma iniciativa para compreender como os pacientes percebem o tratamento hospitalar que receberam. As perguntas 1 a 29 da pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e devem levar aproximadamente 7 minutos para serem respondidas.

A sua participação é voluntária e suas respostas serão mantidas confidenciais. Suas informações ajudarão a melhorar o atendimento oferecido pelos hospitais e ajudar outras pessoas a escolher um hospital. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na internet na Care Compare em [Medicare.gov](http://www.medicare.gov/care-compare) ([www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare)).

Depois de completar o estudo, devolva-o, por favor, no envelope de porte pré-pago. Se necessitar de quaisquer esclarecimentos sobre o estudo em anexo, telefone para o número gratuito: 1-xxx-xxx-xxxx.

Agradecemos muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

Atenciosamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]



## Survey and Cover Letter Required Language

For the full set of requirements for the HCAHPS Survey questionnaire and cover letters, please see the HCAHPS *Quality Assurance Guidelines*, Mail Only and Mixed Mode Survey Administration chapters.

### Verbatim Language on the Cover Letters

*The following sentences must appear verbatim on each cover letter:*

1. As perguntas 1 a 29 da pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e devem levar aproximadamente 7 minutos para serem respondidas.
2. A sua participação é voluntária e suas respostas serão mantidas confidenciais.
3. Suas informações ajudarão a melhorar o atendimento oferecido pelos hospitais e ajudar outras pessoas a escolher um hospital. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na internet na Care Compare em [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/care-compare) ([www.medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare)).

### OMB Paperwork Reduction Act Language

*The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the survey mailing. This language can be either in the cover letter or on the front or back of the questionnaire. The following is the language that must be used:*

De acordo com a Lei de Redução da Burocracia de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a perguntas para a coleta de informações, a não ser que seja apresentado um número de controle válido da Secretaria de Administração e Orçamento (Office of Management and Budget). O número de controle válido para esta coleta de informações é 0938-0981 (Vence 30 de setembro de 2024). Estimamos que o tempo necessário para preencher esta coleta de informações seja, em média, 7 minutos para as pergunta 1-29 da pesquisa, incluindo o tempo necessário para ler as instruções, pesquisar recursos de dados já existentes, coletar os dados necessários, e preencher e revisar a coleta de informações. Se tiver qualquer comentário com relação à precisão de nossas estimativas de tempo, ou tiver sugestões para ajudar a melhorar este formulário, por favor, escreva para: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

### Mandatory Transition Statement if Supplemental Items Are Added

*The mandatory transition statement must be placed in the questionnaire immediately before the supplemental question(s) to indicate a transition from the HCAHPS questions (Questions 1-29) to the hospital-specific supplemental question or questions.*

*The following statement must be placed immediately before the addition of a single supplemental question:*

**As perguntas 1 a 29 desta pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América para uso na avaliação de qualidade. A próxima pergunta é de [NAME OF HOSPITAL] para obter informações adicionais sobre sua hospitalização e não serão compartilhadas com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos.**

*The following statement must be placed immediately before the addition of more than one supplemental question:*

**As perguntas 1 a 29 desta pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América para uso na avaliação de qualidade. As perguntas a seguir são do [NAME OF HOSPITAL] para obter informações adicionais sobre sua hospitalização e não serão compartilhadas com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos.**

### **Unique Identifier Language**

*The following language indicates the purpose of the unique identifier. This language must be printed either immediately after the survey instructions on the questionnaire (preferred) or on the cover letter, and may appear on both:*

Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes.

### **Copyright Statement**

*The following copyright statement must be included on the questionnaire, preferably on the last page:*

*As perguntas 1 a 19 e 23 a 29 são parte do Estudo sobre HCAHPS e são do governo norte-americano. Estas perguntas de HCAHPS são do domínio público e, por conseguinte, NÃO estão sujeitas às leis de direitos autorais dos EUA. As três perguntas referentes a Care Transitions Measure® (Perguntas 20-22) estão abrangidas pelos direitos autorais de Eric A. Coleman, MD, MPH. Todos os direitos reservados.*

### **Reply-by Date (Optional)**

*It is optional to include a reply-by date in the **follow-up cover letter**. However, if a reply-by date is included, the placement requirements below must be followed.*

*The following two placement options are available for adding a reply-by date to the **follow-up cover letter**:*

- 1. Placed above the salutation, such as:  
Responda até: [DATE (mm/dd/yyyy)].*
- 2. In the fourth paragraph replace the sentence, “After you have completed the survey, please return it in the enclosed pre-paid envelope” with reply-by text such as:  
Preencha a pesquisa em anexo e envie-a pelo correio até [DATE (mm/dd/yyyy)] no envelope com porte pré-pago.*