

Web Survey Requirements

Required for the Web Survey System

Survey vendors may use the web survey system and software of their choice. Survey vendors are responsible for programming the web survey to conform to the template and specifications provided in the official Web Survey Instrument (Appendix R, and other languages found on the CAHPS Hospice Survey Website). The web survey system should enable survey administration in English, and any optional languages offered by CMS, if the optional language will be administered by the survey vendor. Survey vendors are not permitted to make or use any other translations of the CAHPS Hospice web materials.

- The web survey system must:
 - support the use of a URL that is a maximum of 25 characters
 - be linked electronically to the survey management system to allow tracking of the sampled caregivers through the survey administration process
 - support dissemination of emailed survey invitations that include an embedded hyperlink unique to each sampled caregiver that the caregiver can click on to directly connect to the web survey
 - track whether a caregiver has an email address and whether the email address was identified as invalid (e.g., results in a delivery error message).
 - allow for the removal of sampled caregivers from further data collection attempts following submission of a web survey
 - support capture of data from web surveys that are initiated and suspended without submission of a completed survey
 - allow for web surveys to be suspended and resumed at a later date, returning the respondent to the first unanswered question
 - track whether the web survey was initiated using the web invitation email or web reminder email. The vendor must retain this information in their records.
 - allow for the respondent to back up and change a previously selected response
 - allow a web survey to be programmed to present similarly on different browser applications, browser sizes, and platforms. The survey should automatically and optimally re-size for the caregiver's screen (whether phone, tablet, computer).
 - allow a web survey to be programmed to be 508 compliant

- In addition, the web survey platform must:
 - NOT allow for advertisements of any kind to be embedded or displayed. This includes but is not limited to, banner or column ads, pop-up ads before, during or after the survey is accessed or completed, or promotional messages on any of the web screens.
 - NOT allow respondents to access the web survey after submission or after the data collection window has closed
 - NOT require the creation of a password to initiate or resume the web survey

Required for the Web Survey

The CAHPS Hospice Survey Core questions (Q1 – Q31) must be placed at the beginning of the survey. The order of the Core questions must **not** be altered, and all the Core questions must remain

together. The “About Your Family Member” and “About You” questions must be placed after the Core questions and cannot be eliminated from the questionnaire. The “About You” questions must follow the “About Your Family Member” questions.

Survey vendors must adhere to the following specifications for web survey formatting:

Welcome Screen

- Hospice logos may be included on Welcome screen; however, other images, tag lines or website links are not permitted
- The name of the hospice must be included on the Welcome screen as indicated in the web survey templates
 - If applicable, the Welcome screen may also include the specific hospice inpatient unit, acute care hospital, or nursing home facility in which their family member or friend resided
- Decedent name must only appear on the Welcome Screen
 - Decedent name must not be included on any other screen in the web survey
 - Caregiver name must not be included on any screen in the web survey
- As indicated in the web survey templates, the OMB Paperwork Reduction Act language must be displayed on the Welcome screen and appear below the survey “START” button
 - The OMB language font size must appear smaller than the rest of the text of the Welcome screen, but no smaller than 10-point at a minimum

CAHPS Hospice Survey Questions

- The caregiver must be able to select their preferred language from English and any offered optional translations
- Question and answer category wording must not be changed
 - No changes are permitted in the order of the Core questions (Q1 – Q31)
 - No changes are permitted in the order of the “About Your Family Member” questions
 - No changes are permitted in the order of the “About You” questions
 - No changes are permitted in the order of the answer categories for the Core, “About Your Family Member,” or “About You” questions
 - All **bolded** or underlined content must be emphasized
 - All punctuation for the question and answer categories located in Appendix R must be programmed
 - All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.
 - All questions are programmed to accept only one response, with the exception of Q2 and Q34
- Section headings (e.g., “**Your Family Member’s Hospice Care**”) must be bolded and included as a shaded web screen header on each page
- Skip patterns must be programmed into the web survey system
- Survey vendors/Hospitals must **not**:
 - program a specific response category as the default option
 - use a progress bar or other progress indicator on web screens
- The name of the hospice may be filled in Questions 2, 4, and 30, as indicated below
 - Question 2 – “In what locations did your family member receive care from [ABC Hospice]?”

- Above Question 4 – “For the rest of the questions, please think only about your family member's experience with [ABC Hospice].”
- Question 30 – “Please answer the following questions about [ABC Hospice]. Do not include care from other hospices in your answers.”

Formatting

- No changes are permitted to the formatting or wording of the web screens
 - [Square brackets] and UPPERCASE letters are used to show programming and other instructions that must not actually appear on web screens
- Only one language may appear on the web screen throughout the survey
- Display only one survey item per web screen and all questions must allow paging through without requiring a response
 - When displayed, “BACK” button appears in the lower left of each web screen
 - When displayed, “NEXT” button appears in the lower right of each web screen
- Use computer programs that are accessible in mobile and computer versions that are 508 compliant, present similarly on different browser applications, browser sizes and platforms (mobile, tablet, computer)
- Every web screen uses a dark, readable font color (black or dark blue) and type (i.e., Arial or Times New Roman)
- Font color and size (12-point at a minimum) must be consistent throughout the web survey
- Blank space should be used to distinguish the response options from the question text
- Blank space should be used to distinguish navigation buttons from response options

Other Requirements

- The web survey link(s) must remain open until a final survey status is determined or the data collection period closes
- The copyright statement must be displayed on the Thank You web screen and appear below the survey “SUBMIT” button
 - The copyright statement font size must appear smaller than the rest of the text of the Thank You web screen, but no smaller than 10-point at a minimum

CAHPS Hospice Survey Portuguese Web Survey

GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *Display only one survey item per screen*
- *When displayed, “VOLTAR” button appears in the lower left of each screen*
- *When displayed, “AVANÇAR” button appears in the lower right of each screen*
- *Every question has a color or shaded header*
- *All questions can be paged through without requiring a response*

Questionário sobre unidades de cuidados paliativos

- Welcome, continue in English
- Bem-vindo! Continuar em português

NEXT / AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *ALL CAREGIVERS START WITH THIS SCREEN*
- *INCLUDE LANGUAGE SELECTION OPTIONS FOR ALL APPROVED SURVEY LANGUAGES OFFERED FOR THIS HOSPICE. RESPONSE OF ANY APPROVED LANGUAGE AT THIS SCREEN, SKIPS TO THE VERSION OF THE SURVEY IN THAT LANGUAGE*

Questionário sobre unidades de cuidados paliativos

[PROGRAMMING SPECIFICATION: THIS IS THE SURVEY WELCOME SCREEN]

INSTRUÇÕES DO QUESTIONÁRIO

Responda às perguntas do questionário sobre os cuidados prestados a [DECEDENT NAME] por esta unidade de cuidados paliativos:

[NAME OF HOSPICE]

Todas as perguntas deste questionário dizem respeito à experiência com esta unidade de cuidados paliativos.

Se quiser mais informações sobre este questionário, ligue para [VENDOR PHONE]. Todas as chamadas para este número são gratuitas.

- **Quem deve preencher o questionário?** A pessoa da família com mais conhecimento sobre os cuidados paliativos recebidos pelo [DECEDENT NAME].

Clique em AVANÇAR para iniciar o questionário.

VOLTAR

AVANÇAR

De acordo com a Paperwork Reduction Act (Lei de Redução da Burocracia) de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma coleta de informações, a não ser que contenha um número de controle do OMB válido. O número de controle OMB válido para esta coleta de informações é 0938-1257 (Data de expiração: 30 de novembro de 2027). O tempo necessário estimado para responder a esta coleta de informações é de 9 minutos, em média, para as perguntas de 1 a 31, as perguntas “Sobre o seu familiar” e as perguntas “Sobre si” do questionário, incluindo o tempo para revisar as instruções, procurar recursos de dados existentes, obter os dados necessários, e preencher e revisar a coleta de informações. Se tiver alguma pergunta relacionada à precisão das estimativas de tempo, ou sugestões para o aprimoramento deste formulário, escreva para: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

Sobre o paciente na unidade de cuidados paliativos

1. Qual é a sua relação com o paciente indicado no e-mail de convite para responder ao questionário? Ele/a é meu/minha:

- 1 Cônjuge ou parceiro/a
- 2 Pai ou mãe
- 3 Sogra ou sogro
- 4 Avô ou avó
- 5 Tia ou tio
- 6 Irmã ou irmão
- 7 Filho ou filha
- 8 Amigo ou amiga
- 9 Outra opção (especifique): [OPEN END – ALLOW 100 CHARACTERS]

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre o paciente na unidade de cuidados paliativos

2. Para efeitos do presente questionário, a palavra "familiar" refere-se ao paciente mencionado no e-mail de convite.

Em que locais a [HOSPICE NAME] prestou cuidados ao seu familiar? Escolha uma ou mais opções.

- 1 Casa
- 2 Instalações de residência assistida
- 3 Casa de repouso
- 4 Hospital
- 5 Instalações/unidade de cuidados paliativos
- 6 Outra opção (especifique): [OPEN END – ALLOW 100 CHARACTERS]

VOLTAR

AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *2 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]*

Sobre o seu papel

3. Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, com que frequência participou ou supervisionou os cuidados que lhe foram prestados?

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

VOLTAR

AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NEVER" AT 3 SKIPS TO 32*
 - *STORE A VALUE OF "88" IN Q4 THROUGH Q31]*

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

Para efeitos das próximas perguntas do questionário, considere apenas a experiência do seu familiar com a [HOSPICE NAME].

4. Para efeitos do presente questionário, a equipa da unidade de cuidados paliativos refere-se a todos os enfermeiros, médicos, assistentes sociais, capelães e outros que prestaram cuidados paliativos ao seu familiar.

Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, foi preciso contactar alguém da equipa da unidade durante a noite, fim de semana ou feriado para fazer perguntas ou obter ajuda?

- 1 Sim
2 Não

VOLTAR

AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 4 SKIPS TO 6*
 - *STORE A VALUE OF "88" IN Q5]*

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

5. Com que frequência obteve a ajuda de que precisava da equipa da unidade de cuidados paliativos durante a noite, fim de semana ou feriado?

- 1 Nunca
2 Algumas vezes
3 Frequentemente
4 Sempre

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

6. Com que frequência a equipa da unidade de cuidados paliativos o/a informou quando iria chegar para prestar cuidados ao seu familiar?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

7. Quando o/a senhor/a ou o seu familiar pediu ajuda à equipa da unidade de cuidados paliativos, com que frequência obteve ajuda assim que precisou dela?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

8. Com que frequência a equipa da unidade de cuidados paliativos explicou as coisas de uma forma fácil de entender?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

9. Com que frequência a equipe da unidade de cuidados paliativos o/a manteve informado/a sobre o estado do seu familiar?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

10. Com que frequência a equipe da unidade de cuidados paliativos tratou o seu familiar com dignidade e respeito?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

11. Com que frequência sentiu que a equipe da unidade de cuidados paliativos se preocupava genuinamente com o seu familiar?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

12. A equipa da unidade de cuidados paliativos prestou cuidados que respeitavam os desejos do seu familiar?

- ¹ Sim, sem dúvida
² Sim, de certo modo
³ Não

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

13. A equipa da unidade de cuidados paliativos se empenhou para ouvir o que realmente era mais importante para si e o seu familiar?

- ¹ Sim, sem dúvida
² Sim, de certo modo
³ Não

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

14. Conversou com a equipa da unidade de cuidados paliativos sobre algum problema com os cuidados paliativos do seu familiar?

- ¹ Sim
² Não

VOLTAR

AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 14 SKIPS TO 16*
 - *STORE A VALUE OF "88" IN Q15]*

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

15. Com que frequência a equipa da unidade de cuidados paliativos o/a ouviu atentamente quando conversaram sobre problemas com os cuidados paliativos do seu familiar?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Frequentemente
⁴ Sempre

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

16. Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, teve dores?

- ¹ Sim
² Não

VOLTAR

AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 16 SKIPS TO 18*
 - *STORE A VALUE OF "88" IN Q17]*

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

17. O seu familiar recebeu a ajuda de que precisava para as dores?

- ¹ Sim, sem dúvida
² Sim, de certo modo
³ Não

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

18. Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, alguma vez teve dificuldade em respirar ou recebeu tratamento para problemas respiratórios?

¹ Sim

² Não

VOLTAR

AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 18 SKIPS TO 20*
 - *STORE A VALUE OF "88" IN Q19]*

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

19. Com que frequência o seu familiar obteve a ajuda de que necessitava para tratar as suas dificuldades respiratórias?

¹ Nunca

² Algumas vezes

³ Frequentemente

⁴ Sempre

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

20. Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, alguma vez sofreu de obstipação (prisão de ventre)?

¹ Sim

² Não

VOLTAR

AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 20 SKIPS TO 22*
 - *STORE A VALUE OF "88" IN Q21]*

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

21. Com que frequência o seu familiar obteve a ajuda de que necessitava para problemas de obstipação (prisão de ventre)?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

22. Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, mostrou sentimentos de ansiedade ou tristeza?

- 1 Sim
- 2 Não

VOLTAR

AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 22 SKIPS TO 24*
 - *STORE A VALUE OF "88" IN Q23]*

Sobre os cuidados paliativos do seu familiar

23. Com que frequência o seu familiar obteve a ajuda de que necessitava da equipa da unidade de cuidados paliativos em relação aos sentimentos de ansiedade ou tristeza?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre a sua própria experiência com a unidade de cuidados paliativos

24. As equipas das unidades de cuidados paliativos podem ensiná-lo/a a cuidar de familiares que precisem de medicamentos para a dor, que tenham dificuldade em respirar, que estejam inquietos ou agitados ou que tenham outras necessidades específicas.

A equipa da unidade ensinou-o/a a cuidar do seu familiar?

- 1 Sim, sem dúvida
- 2 Sim, de certo modo
- 3 Não
- 4 Não foi necessário

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre a sua própria experiência com a unidade de cuidados paliativos

25. Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, quantas vezes a equipa da unidade de cuidados paliativos o/a ouviu com atenção?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre a sua própria experiência com a unidade de cuidados paliativos

26. A equipa da unidade de cuidados paliativos deu-lhe toda a informação que queria sobre o que esperar nos últimos momentos de vida do seu familiar?

- 1 Sim, sem dúvida
- 2 Sim, de certo modo
- 3 Não

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre a sua própria experiência com a unidade de cuidados paliativos

27. O apoio às crenças religiosas, espirituais ou culturais pode incluir conversas, orações, momentos de silêncio ou o respeito pelas tradições.

Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, em que medida a equipa da unidade forneceu-lhe apoio em relação às suas crenças religiosas, espirituais ou culturais?

- 1 Muito pouco
- 2 Quantidade certa
- 3 Demasiado

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre a sua própria experiência com a unidade de cuidados paliativos

28. Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, em que medida a equipa da unidade forneceu-lhe apoio emocional?

- 1 Muito pouco
- 2 Quantidade certa
- 3 Demasiado

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre a sua própria experiência com a unidade de cuidados paliativos

29. Nas semanas seguintes à morte do seu familiar, em que medida a equipa da unidade forneceu-lhe apoio emocional?

- 1 Muito pouco
- 2 Quantidade certa
- 3 Demasiado

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre a classificação geral dos cuidados paliativos

30. Responda às seguintes perguntas sobre [HOSPICE NAME]. Não inclua os cuidados prestados por outras unidades nas suas respostas.

Utilizando uma escala de 0 a 10, em que 0 representa os piores cuidados paliativos possíveis e 10 representa os melhores cuidados paliativos possíveis, que número usaria para classificar os cuidados paliativos prestados ao seu familiar?

- 0 Os piores cuidados paliativos possíveis
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Os melhores cuidados paliativos possíveis

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre a classificação geral dos cuidados paliativos

31. Recomendaria esta unidade de cuidados paliativos aos seus amigos e familiares?

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

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre o seu familiar

32. Qual é o grau ou nível de escolaridade mais elevado que o seu familiar concluiu?

- 1 8º ano (*middle school*) ou menos
- 2 Ensino secundário (*high school*) incompleto
- 3 Ensino secundário (*high school*) completo ou equivalência (GED)
- 4 Frequentou um curso superior ou concluiu um curso técnico superior de dois anos (CTeSP)
- 5 Grau universitário de 4 anos
- 6 Grau universitário superior a 4 anos
- 7 Não sei

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre o seu familiar

33. O seu familiar era de origem ou ascendência hispânica, latina ou espanhola?

- 1 Não, não era espanhol/a, hispânico/a, latino/a
- 2 Sim, era cubano/a
- 3 Sim, era mexicano/a, mexicano/a-americano/a, chicano/a
- 4 Sim, era porto-riquenho/a
- 5 Sim, outra opção de origem ou ascendência espanhola, hispânica, latina

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre o seu familiar

34. Qual era a raça ou etnia do seu familiar? Escolha uma opção ou mais.

- 1 Ameríndio ou nativo do Alasca
- 2 Asiático
- 3 Negro ou afro-americano
- 4 Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico
- 5 Branco ou caucasiano

VOLTAR

AVANÇAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

34 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]

Sobre si

35. Qual é a sua idade?

- 1 18 a 24
- 2 25 a 34
- 3 35 a 44
- 4 45 a 54
- 5 55 a 64
- 6 65 a 74
- 7 75 a 84
- 8 85 ou mais

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre si

36. É homem ou mulher?

- 1 Homem
- 2 Mulher

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre si

37. Qual é o grau ou nível de escolaridade mais elevado que concluiu?

- 1 8º ano (*middle school*) ou menos
- 2 Ensino secundário (*high school*) incompleto
- 3 Ensino secundário (*high school*) completo ou equivalência (GED)
- 4 Frequentou um curso superior ou concluiu um curso técnico superior de dois anos (CTeSP)
- 5 Grau universitário de 4 anos
- 6 Grau universitário superior a 4 anos

VOLTAR

AVANÇAR

Sobre si

38. Qual é o principal idioma que é falado em casa?

- 1 Inglês
- 2 Espanhol
- 3 Chinês
- 4 Russo
- 5 Português
- 6 Vietnamita
- 7 Polaco
- 8 Coreano
- 9 Outra língua (especifique): [OPEN END – ALLOW 15 CHARACTERS]

VOLTAR

AVANÇAR

MUITO OBRIGADO

Agradecemos a sua colaboração em responder a este questionário.

Clique em "Enviar" para nos enviar suas respostas.

[ENVIAR]

As perguntas 1 a 38 deste inquérito fazem parte de documentos do governo dos EUA e estão no domínio público, pelo que NÃO estão sujeitas às leis de direitos de autor dos EUA.