

مراجعة الرعاية العاجلة - ما رأيك؟

تقوم هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) في ليفربول حاليًا بمراجعة كيف يمكن للناس الحصول على المشورة الصحية أو العلاج سواء على الفور أو في نفس اليوم - الرعاية الصحية العاجلة. نود أن نسمع من الناس في ليفربول عن كيفية حصولهم على هذه المساعدة الآن وكيف يمكن تحسينها. يرجى إكمال هذا الاستبيان لإعطائنا وجهات نظرنا حول الرعاية الصحية الجسدية والعقلية لجميع الأعمار.

يمكنك اختيار اجابة واحدة أو أكثر اذا طلب منك ذلك - إذا لم تكن متأكدًا أو ليس لديك اجابة، فما عليك سوى الانتقال إلى السؤال التالي.

نحن لا نربط هذه المعلومات مع أي جهة يمكن أن تحدد هويتك. إذا كنت ترغب في إعطائنا تفاصيل الاتصال الخاصة بك حتى نتمكن من البقاء على اتصال معكم بشأن هذا الاستبيان والأخبار الأخرى من هيئة الخدمات الصحية الوطنية المحلية، فيمكنك التسجيل في قائمتنا البريدية على موقعنا. سيتم التعامل مع بياناتك بشكل سري ويتم تخزينها وفقًا لقانون حماية البيانات وإشعار الخصوصية الخاص بمجموعة ليفربول الصحية المكلفة بهذا الأمر والتابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية والذي يمكن العثور عليه أيضًا على موقعنا على الانترنت:

www.liverpoolccg.nhs.uk

1. يرجى تحديد أي مما يلي ينطبق عليك (اختر العدد الذي تريده)

- A أنا أعيش في ليفربول
- B أعيش خارج ليفربول ولكن أعمل أو أقضي الوقت هنا
- C أنا طالب في ليفربول
- D أنا أعمل في هيئة الخدمات الصحية الوطنية
- E لدي حالة صحية مزمنة
- F لدي حالة صحية نفسية
- G أنا أعيش مع السرطان
- H أنا والد/ة أو مقدم الرعاية لطفل تحت سن 18 عامًا
- I أنا أرى شخص بالغ آخر
- J أنا أفضل ألا أقول
- K غير ذلك (يرجى التحديد):

2. ما هو الرمز البريدي الخاص بك؟

3. من القائمة التالية لخدمات هيئة الخدمات الصحية الوطنية، يرجى تحديد كل ما سمعته وتلك التي استخدمتها في ليفربول

لقد سمعت عن هذه الخدمة
لقد استخدمت هذه الخدمة

الخدمة	الخدمة	الخدمة
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> A	قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى رويال ليفربول
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B	قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى اينتري
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> C	قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى ألدرهي
<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> D	هاتف رقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية
<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> E	الرقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية عبر الانترنت
<input type="checkbox"/> Q	<input type="checkbox"/> F	مركز الصحة بدون حجز موعد في مركز المدينة
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> G	مركز الصحة بدون حجز موعد في جنوب ليفربول (جارستون)
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	مركز الصحة بدون حجز موعد في أولد سوان
<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> I	مركز الصحة بدون حجز موعد للأطفال في طريق سميث داون
<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> J	الطبيب العام/ العيادة
<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> K	عيادة خارج ساعات الدوام
<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> L	مواعيد عيادة مسائية و عطلة نهاية الأسبوع (ليس في العيادة الخاصة بك)
<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> M	الصيدلي/ الصيدلية
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	خدمة الإسعاف 999
<input type="checkbox"/> Z	<input type="checkbox"/> O	الخط الساخن لمرضى السرطان

4. كشخص بالغ إذا احتجت إلى عناية طبية في نفس اليوم ولكنك لم تتعرض لجروح خطيرة ولم تكن حياتك في خطر، إلى أين تذهب للمساعدة؟ يرجى اختيار أكبر عدد ممكن.

<input type="checkbox"/> A	طبيبك في العيادة
<input type="checkbox"/> B	مواعيد عيادة مسائية و عطلة نهاية الأسبوع (ليس في العيادة الخاصة بك أو عن طريق الهاتف)
<input type="checkbox"/> C	طبيب خارج ساعات الدوام (بالتلف أو زيارة منزلية عندما تكون العيادة مغلقة)
<input type="checkbox"/> D	الصيدلية المحلية
<input type="checkbox"/> E	هاتف رقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية
<input type="checkbox"/> F	الرقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية عبر الانترنت
<input type="checkbox"/> G	مركز الصحة بدون حجز موعد في جارستون
<input type="checkbox"/> H	مركز الصحة بدون حجز موعد في أولد سوان
<input type="checkbox"/> I	مركز الصحة بدون حجز موعد في مركز المدينة
<input type="checkbox"/> J	قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى اينتري
<input type="checkbox"/> K	قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى رويال
<input type="checkbox"/> L	خدمة الإسعاف 999
<input type="checkbox"/> M	منظمة مجتمعية أو خيرية
<input type="checkbox"/> N	الخط الساخن لمرضى السرطان
<input type="checkbox"/> O	لا أعرف أين أذهب
<input type="checkbox"/> P	غير ذلك (يرجى التحديد):

5. ما هي الأسباب التي تجعلك تختار هذه الاختيارات؟ يرجى اختيار أكبر عدد ممكن.

- A لن أتمكن من الحصول على موعد في نفس اليوم مع طبيبي العام
- B لن أتمكن من الاتصال ومكالمة قسم الاستقبال في العيادة
- C أعتقد أنه سيكون أسرع
- D سيكون مفتوحا في الوقت الذي كنت بحاجة للذهاب
- E أفضل أن أرى طبيبي / الممرضة
- F أفضل أن أذهب وانتظر المواعيد
- G سيكون من السهل بالنسبة لي الوصول
- H لا أريد أن أزج الطبيب
- I العيادة مغلقة
- J أنا غير مسجل مع طبيب عام في ليفربول
- K أود أن أرى شخصا على الفور يعالج المشكلة ويشخصها دفعة واحدة
- L من الأسهل رؤيتك وعلاجك وأخذ الدواء
- M لم أكن أعرف ان اذهب الى مكان آخر
- N أنا أتلقى علاج للسرطان وبحاجة الى دعم متخصص
- O كنت أرغب في رؤية شخص لديه المهارات المناسبة
- P كان لديهم الخدمات التي احتاجها مثل الأشعة السينية / وصفات طبية
- Q لا أعرف
- R غير ذلك (يرجى التحديد):

6. ما رأيك في الخيار المتاح للحصول على العلاج في نفس اليوم؟ من فضلك أخبرنا عن شعورك تجاه العبارات التالية.

لا أعلم	لا أوافق	أوافق	
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A	من السهل معرفة أين تذهب للرعاية في نفس اليوم
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> D	من السهل رؤية شخص ما في نفس اليوم
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> G	من السهل الحصول على الرعاية في نفس اليوم بالقرب مني
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> J	من السهل الحصول على المشورة عن طريق الهاتف
<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M	من السهل الحصول على المشورة عن طريق الهاتف

7. يرجى إضافة أي تعليقات أخرى لديك على اختيار الرعاية الصحية للعلاج في نفس اليوم في ليفربول

8. عندما تفكر في الوقت الذي تحتاجه للمساعدة في حالتك الصحية في نفس اليوم، نود أن نسمع عن تجربتك. أولاً ، يرجى تحديد الخدمة التي ستعلق عليها:

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | A | قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى رويال في ليفربول |
| <input type="checkbox"/> | B | قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى اينتري |
| <input type="checkbox"/> | C | قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى ألد رهي |
| <input type="checkbox"/> | D | هاتف رقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية |
| <input type="checkbox"/> | E | الرقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية عبر الانترنت |
| <input type="checkbox"/> | F | مركز الصحة بدون حجز موعد في مركز المدينة |
| <input type="checkbox"/> | G | مركز الصحة بدون حجز موعد في جارستون |
| <input type="checkbox"/> | H | مركز الصحة بدون حجز موعد في أولد سوان |
| <input type="checkbox"/> | I | مركز الصحة بدون حجز موعد للأطفال في طريق سميث داون |
| <input type="checkbox"/> | J | الطبيب العام/ العيادة |
| <input type="checkbox"/> | K | العيادة خارج ساعات الخدمة |
| <input type="checkbox"/> | L | مواعيد عيادة مسائية وعطلة نهاية الأسبوع (ليس في العيادة الخاصة بك) |
| <input type="checkbox"/> | M | الصيدلي/ الصيدلية |
| <input type="checkbox"/> | N | خدمة الإسعاف 999 |
| <input type="checkbox"/> | O | الخط الساخن لمرضى السرطان |
| <input type="checkbox"/> | P | أخرى |

9. كيف كانت تجربتك لهذه الخدمة؟ يرجى اختيار كل ما ينطبق.

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | A | كانت قريبة من المنزل / العمل |
| <input type="checkbox"/> | B | كان من السهل الوصول إليها (مواصلات عامة جيدة/مواقف سيارات) |
| <input type="checkbox"/> | C | كان من الصعب الوصول إليه |
| <input type="checkbox"/> | D | استوفت احتياجاتي للحصول على المشورة / الاختبارات / العلاج |
| <input type="checkbox"/> | E | اضطرت للانتظار لفترة طويلة للعلاج |
| <input type="checkbox"/> | F | كان لا بد لي من الذهاب إلى مكان آخر للاختبارات / العلاج |
| <input type="checkbox"/> | G | غادرت قبل ان ينادوني للفحص |
| <input type="checkbox"/> | H | نصحوني بالذهاب إلى مكان آخر للاختبارات / العلاج ولكن لم أفعل ذلك |
| <input type="checkbox"/> | I | تلقيت العلاج الذي احتاجه بسرعة |
| <input type="checkbox"/> | J | الموظفين كانوا متعاونين |
| <input type="checkbox"/> | K | كنت قد تلقيت معاملة أفضل في مكان آخر |
| <input type="checkbox"/> | L | كمريض السرطان كنت قلق من خطر العدوى |
| <input type="checkbox"/> | M | لن أعود ثانية |
| <input type="checkbox"/> | N | لدي حالة صحية مستمرة ولم تساعدني الخدمة |
| <input type="checkbox"/> | O | غير ذلك (يرجى التحديد): |

الرعاية الصحية العقلية العاجلة

10. إذا كنت أنت أو أي شخص تعرفه بحاجة إلى دعم الصحة العقلية في نفس اليوم، أي من الخدمات التالية قد تشعر بالراحة عند الذهاب إليها أو استخدامها؟ يرجى تحديد الذي تفضلها أدناه:

لن أستخدمها	سأستخدمها	
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A	موعد في العيادة في نفس اليوم
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	مواعيد عيادة مسائية و عطلة نهاية الأسبوع (سواء عن طريق الهاتف او في عيادة مختلفة)
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> E	طبيب خارج ساعات الدوام بالهاتف او زيارة منزلية
<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> G	الصيدلية المحلية
<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> I	فريق الصحة النفسية المجتمعية
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> K	جمعية خيرية محلية أو منظمة تطوعية
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M	هاتف رقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية
<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> O	الرقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية عبر الانترنت
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> Q	الذهاب والانتظار في مرفق الرعاية الصحية المحلي
<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S	قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى اينتري
<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> U	قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى رويال
<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> W	خط هاتف مخصص 24 ساعة لدعم الأمراض العقلية
<input type="checkbox"/> Z	<input type="checkbox"/> Y	مركز بدون موعد على مدار الساعة
<input type="checkbox"/> BB	<input type="checkbox"/> AA	خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين
<input type="checkbox"/> DD	<input type="checkbox"/> CC	مجموعة دعم الأقران
<input type="checkbox"/> FF	<input type="checkbox"/> EE	ليفربول لايت

11. إذا حاولت أنت أو شخص مقرب منك الحصول على مساعدة بشأن مشكلة صحية عقلية على وجه السرعة ، نود أن نعرف عن هذه التجربة. الرجاء إخبارنا بذلك باستخدام الأسئلة التالية كدليل:

- هل تلقيت النصيحة / العلاج / المساعدة التي تحتاجها؟
- هل شعرت بالراحة هناك؟ هل كان الموظفون شاعرين باحتياجاتك؟ هل كانوا مدربين على الصحة العقلية؟
- ما مدى سهولة الحصول على الخدمة؟

يرجى ترك هذا فارغا إذا كان هذا لا ينطبق عليك.

12. إلى أين ذهبت لهذه المساعدة؟

- A موعدا في العيادة في نفس اليوم
- B مواعيد عيادة مسائية وعطلة نهاية الأسبوع في نفس اليوم (سواء عن طريق الهاتف أو في عيادة مختلفة)
- C طبيب خارج ساعات الدوام بالهاتف أو زيارة منزلية
- D الصيدلية المحلية
- E فريق الصحة النفسية المجتمعية
- F جمعية خيرية محلية أو منظمة تطوعية
- G هاتف رقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية
- H الرقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية عبر الإنترنت
- I الذهاب والانتظار في مرفق الرعاية الصحية المحلي
- J قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى اينتري
- K قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى رويال
- L خط هاتف مخصص 24 ساعة لدعم الأمراض العقلية
- M مركز بدون موعد على مدار الساعة
- N خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين
- O مجموعة دعم الأقران
- P أخرى:
- Q

رعاية صحية عاجلة للأطفال

13. أي من الخدمات التالية سوف تستخدمها للحصول على رعاية عاجلة لطفل في ليفربول؟ يرجى اختيار أكبر عدد ممكن.

- A لا ينطبق علي- ليس لدي أي خبرة للعناية العاجلة بالأطفال
- B العيادة
- C مواعيد عيادة مسائية وعطلة نهاية الأسبوع (ليس في العيادة الخاصة بك أو عن طريق الهاتف)
- D عيادة خارج ساعات الدوام (بالهاتف أو زيارة منزلية عندما تكون العيادة مغلقة)
- E الصيدلية المحلية (بخلاف التي تأخذ منها الوصفات الطبية)
- F هاتف رقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية
- G الرقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية عبر الإنترنت
- H مركز الصحة بدون حجز موعد في جارستون
- I مركز الصحة بدون حجز موعد في أولد سوان
- J مركز الصحة بدون حجز موعد في مركز المدينة
- K مركز سميث دوان للأطفال بدون حجز موعد
- L قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى اينتري
- M قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى رويال
- N قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى ألدرهي
- O خدمة الإسعاف 999
- P غير ذلك (يرجى التحديد):

14. بالتفكير في الوقت الذي ذهبت فيه للحصول على رعاية عاجلة لطفلك، نود أن نعرف كيف كانت هذه التجربة بالنسبة لك. أين ذهبت؟

- | | | | | | |
|--------------------------|---|--|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | H | مركز الصحة بدون حجز موعد في أولد سوان | <input type="checkbox"/> | A | العيادة |
| <input type="checkbox"/> | I | مركز الصحة بدون حجز موعد في مركز المدينة | <input type="checkbox"/> | B | مواعيد عيادة مسائية و عطلة نهاية الأسبوع (ليس في العيادة الخاصة بك أو عن طريق الهاتف) |
| <input type="checkbox"/> | J | مركز سميث دوان للأطفال بدون حجز موعد | <input type="checkbox"/> | C | عيادة خارج ساعات الدوام (بالتلف أو زيارة منزلية عندما تكون العيادة مغلقة) |
| <input type="checkbox"/> | K | قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى اينتري | <input type="checkbox"/> | D | الصيدلية المحلية (بخلاف التي تأخذ منها الوصفات الطبية) |
| <input type="checkbox"/> | L | قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى رويال | <input type="checkbox"/> | E | هاتف رقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية |
| <input type="checkbox"/> | M | قسم الحوادث والطوارئ في مستشفى ألدرهي | <input type="checkbox"/> | F | الرقم 111 لهيئة الخدمات الصحية الوطنية عبر الانترنت |
| <input type="checkbox"/> | N | خدمة الاسعاف 999 | <input type="checkbox"/> | G | مركز الصحة بدون حجز موعد في جارستون |

15. كيف كانت تجربتك؟ يرجى اختيار كل ما ينطبق

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | A | كانت قريبة من المنزل / العمل |
| <input type="checkbox"/> | B | كان من السهل الوصول إليها (مواصلات عامة جيدة/مواقف سيارات) |
| <input type="checkbox"/> | C | كان من الصعب الوصول إليه |
| <input type="checkbox"/> | D | استوفت احتياجاتي للحصول على المشورة / الاختبارات / العلاج |
| <input type="checkbox"/> | E | كان لا بد لي من الذهاب إلى مكان آخر للاختبارات / العلاج |
| <input type="checkbox"/> | F | نصحوني بالذهاب إلى مكان آخر للاختبارات / العلاج ولكن لم أفعل ذلك |
| <input type="checkbox"/> | G | الموظفين كانوا متعاونين |
| <input type="checkbox"/> | H | تلقيت العلاج الذي احتاجه بسرعة |
| <input type="checkbox"/> | I | كان هناك اخصائي لطفلي |
| <input type="checkbox"/> | J | لم يكن هناك اخصائي أطفال |
| <input type="checkbox"/> | K | كنت قد تلقيت معاملة أفضل في مكان آخر |
| <input type="checkbox"/> | L | اضطرت للانتظار لفترة طويلة للعلاج |
| <input type="checkbox"/> | M | غادرت قبل ان ينادوني للفحص |
| <input type="checkbox"/> | N | يعاني طفلي من حالة صحية معروفة وهذه الخدمة لم تساعد |
| <input type="checkbox"/> | O | لن أعود ثانية |
| <input type="checkbox"/> | P | لا أستطيع التذكر |
| <input type="checkbox"/> | | غير ذلك (يرجى التحديد): |

أي تعليقات أخرى؟

16. الرجاء إخبارنا بمدى أهمية القضايا التالية بالنسبة لك:

ليس مهمًا على الإطلاق	أقل أهمية	الأهم	
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A	القدرة على تحديد موعد في وقت لاحق من ذلك اليوم / المساء
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> D	القدرة على الذهاب والانتظار
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> G	وجود خدمة قريبة من المنزل
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> J	ساعات العمل المبكرة / المتأخرة
<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M	العمل طوال الليل
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> Q	<input type="checkbox"/> P	القدرة على رؤية طبيبي الخاص أو أخصائي الصحة
<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S	وجود متخصص
<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> V	خدمة تلبي احتياجات الأطفال فقط
<input type="checkbox"/> AA	<input type="checkbox"/> Z	<input type="checkbox"/> Y	خدمة متخصصة في الصحة العقلية
<input type="checkbox"/> DD	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> BB	أوقات انتظار قصيرة
<input type="checkbox"/> GG	<input type="checkbox"/> FF	<input type="checkbox"/> EE	وجود بديل لقسم الحوادث والطوارئ
<input type="checkbox"/> JJ	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> HH	الحصول على الاختبارات والعلاج في نفس الوقت
<input type="checkbox"/> MM	<input type="checkbox"/> LL	<input type="checkbox"/> KK	المشورة المتاحة على الهاتف

17. إذا كان لديك أي شيء آخر تشعر أنه مهم بالنسبة لنا للنظر في خدمات الرعاية العاجلة في ليفربول ، يرجى استخدام المربع أدناه.

18. أين سمعت عن هذا الاستطلاع؟

مركز قرية ديسبروك
مجلس منطقة بريكيلد شمال ايفرتون
مؤسسة ايمانويل ويستلي
جمعية ميرسيسايد للصم
مؤسسة ربط النساء اللاجنات
مؤسسة براكسيز
مؤسسة روتاندا
أخرى: _____

مؤسسة مينكاب
مؤسسة كالمو
مؤسسة الرفاهية الصينية
مؤسسة هذه قصتي
مؤسسة النساء تصل النساء
مؤسسة الجني في الحضيض
مسرح وادي المجتمع
جمعية الايمان من أجل التغيير

البريد الإلكتروني
متطوعين من المجموعة الصحية المكلفة
مباشرة من المجموعة الصحية المكلفة
فريق الدمج الاجتماعي
تعميم من قبل صاحب العمل
فيس بوك
تويتر
جمعية العقل

معلومات عنك

الأسئلة التالية تتعلق بتفاصيلك الشخصية ويمكنك التوقف هنا إذا كنت ترغب في ذلك، ولكن سيكون من المفيد حقاً إذا كنت ستكمل كلها أو بعضها - فلا توجد أسئلة إلزامية.

نحن لا نربط هذه المعلومات بأي شيء يحدد هويتك. إذا كنت ترغب في إعطائنا تفاصيل الاتصال الخاصة بك حتى نتتمكن من البقاء على اتصال معكم بشأن هذا الاستعراض والأخبار الأخرى من هيئة الخدمات الصحية الوطنية، يمكنك الاشتراك في قائمتنا البريدية على موقعنا على الإنترنت: www.liverpoolccg.nhs.uk.

19. ما هو عمرك؟

تحت سن ال 18 18-25 26-44 45-64 65-75 75+

20. ما هو جنسك؟

ذكر أنثى غير ذلك (يرجى التحديد): _____

21. هل هويتك الجنسية الحالية هي نفس الجنس الذي تم تحديده عند الولادة؟

نعم لا

22. هل تعرف نفسك على أنك:

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| آسيوي أو آسيوي بريطاني | <input type="checkbox"/> A | بنجلاديش | <input type="checkbox"/> B |
| أخرى | <input type="checkbox"/> N | هندي | <input type="checkbox"/> C |
| مجموعة عرقية أخرى | <input type="checkbox"/> O | باكستاني | <input type="checkbox"/> D |
| عربي | <input type="checkbox"/> P | أي خلفية آسيوية أخرى | <input type="checkbox"/> E |
| أمريكي لاتيني | <input type="checkbox"/> Q | أسود أو أسود بريطاني | <input type="checkbox"/> F |
| أخرى | <input type="checkbox"/> R | أفريقي | <input type="checkbox"/> G |
| أبيض | <input type="checkbox"/> S | كاريبي | <input type="checkbox"/> H |
| بريطاني | <input type="checkbox"/> T | أي خلفية سوداء أخرى | <input type="checkbox"/> I |
| ايرلندي | <input type="checkbox"/> U | صيني | <input type="checkbox"/> J |
| بولندي | <input type="checkbox"/> V | صيني | <input type="checkbox"/> K |
| لاتيفي | <input type="checkbox"/> W | أي خلفية صينية أخرى | <input type="checkbox"/> L |
| العجر / المسافر | <input type="checkbox"/> X | مختلط | <input type="checkbox"/> M |
| أخرى | <input type="checkbox"/> | كاريبي أبيض وأسود | <input type="checkbox"/> |
| غير مدرجة أعلاه (يرجى التوضيح): | <input type="checkbox"/> | أفريقي أبيض وأسود | <input type="checkbox"/> |
| | | آسيوي أبيض | <input type="checkbox"/> |
| | | أي خلفية مختلطة أخرى | <input type="checkbox"/> |

23. هل تعتبر نفسك ممن لديهم إعاقة؟

No Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى اطلاعنا على طبيعة إعاقتك إذا كنت ترغب في:

24. هل تعتبر نفسك:

E غير ذلك (يرجى التوضيح):

C مثلي الجنس / مثليه
 D غير متأكد

A ثنائي الجنس
 B متباين الجنس

25. هل لديك دين أو معتقد؟

F سيخ
 G بلا دين
 H غير ذلك (يرجى التحديد):
I

A بوذي
 B مسيحي
 C هندوسي
 D يهودي
 E مسلم

شكرا لك لإتمامك هذا الاستطلاع. إذا كان لديك أي شيء تود إضافته أو أي أسئلة حول الموضوع أو كنت ترغب في حضور أحد الاجتماعات العامة لدينا، فيمكنك إرسال بريد إلكتروني إلى فريق المشاركة على البريد الإلكتروني participation@liverpoolccg.nhs.uk أو الاتصال بنا على الرقم 0151 296 7537 أو إرسال رسالة نصية على 07920 206386.