

# يهدف هذا الاستبيان القصير إلى تجميع أي ملاحظات حول معلومات «التحضير لمراجعة الأدوية» التي تلقيتها من الطبيب العام أو الصيدلي قبل مقابله لإجراء «مراجعة الأدوية».

تضمنت هذه المعلومات:

- **خطابًا** يدعوك إلى حضور إجراء مراجعة الأدوية يتضمن بعض الأسئلة التي قد تريد معرفة إجابتها.
  - **منشور «Me + My Medicines»** يشجعك على طرح الأسئلة حول أدويةك.
  - **منشور «التوقف عن تناول أدويةك بأمان»** الذي تتلقاه للرجوع إليه في المنزل.
  - «لن تتلقى هذا المنشور إلا إذا كنت توافق على التوقف عن تناول أدويةك فورًا أو تدريجيًا».
- يكون الاستبيان مجهول الهوية. وستستخدم ملاحظاتك لمعرفة مدى أهمية المعلومات في مساعدتك عند التحضير لمراجعة أدويةك. وستساعدنا أيضًا في إجراء تحسينات إذا لزم الأمر. سيستغرق إكمال الاستبيان سبع دقائق تقريبًا.

يرجى توضيح إذا كنت توافق على العبارات التالية أم لا:

## 1 خطاب الدعوة الذي تلقيته أوضح:

أ. ماهية إجراء مراجعة الأدوية

- أوافق
- محايد
- لا أوافق
- لا أوافق بشدة
- لا أعرف / لا ينطبق

ب. السبب وراء دعوتي إلى مقابلة الطبيب العام أو الصيدلي لمناقشة الأمور المتعلقة بأدويتي

- أوافق
- محايد
- لا أوافق
- لا أوافق بشدة
- لا أعرف / لا ينطبق

ج. النتائج المتوقعة بعد إجراء الموعد

- أوافق
- محايد
- لا أوافق
- لا أوافق بشدة
- لا أعرف / لا ينطبق

2 ساعدتني بعض الأسئلة الواردة في خطاب الدعوة على معرفة الأسئلة التي أريد طرحها على الطبيب العام أو الصيدلي بشأن أدويتي.

- أوافق
- محايد
- لا أوافق
- لا أوافق بشدة
- لا أعرف / لا ينطبق



## هل وافقت في أثناء إجراء مراجعة الأدوية على التوقف عن تناول أدويةك المعتادة فورًا أو تدريجيًا؟

**6**

أ. توقفت تمامًا عن تناول الأدوية

نعم  لا

إذا كانت الإجابة هي «نعم»، فما عدد الأدوية التي توقفت عن تناولها؟

1  2  3  4  5  أكثر من ذلك

ب. توقفت عن تناول الأدوية تدريجيًا

نعم  لا

إذا كانت الإجابة هي «نعم»، فما عدد الأدوية التي توقفت عن تناولها تدريجيًا؟

1  2  3  4  5  أكثر من ذلك

ج. إذا كنت وافقت على التوقف عن تناول الأدوية فورًا أو تدريجيًا، فهل تلقيت المنشور «التوقف عن تناول أدويةك بأمان»؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة هي «نعم»، فهل توافق على أن المنشور كان مفيدًا؟

أوافق  
 محايد  
 لا أوافق  
 لا أوافق بشدة  
 لا أعرف / لا ينطبق



## حملة Me + My Medicines شجعتني على التزام الصراحة مع الطبيب العام أو الصيدلي فيما يتعلق برأيي في مدى تأثير أدويتي.

**3**

أوافق  
 محايد  
 لا أوافق  
 لا أوافق بشدة  
 لا أعرف / لا ينطبق

## كنت أتحدث بثقة أكبر إلى الطبيب العام أو الصيدلي عن أدويتي بعد قراءة المعلومات التي تلقيتها.

**4**

أوافق  
 محايد  
 لا أوافق  
 لا أوافق بشدة  
 لا أعرف / لا ينطبق

## مدة مقابلي مع الطبيب العام أو الصيدلي لمناقشة أدويتي كانت:

**5**

قصيرة جدًا  
 مناسبة  
 طويلة جدًا

هل توجد أي معلومات أخرى تريد مشاركتها معنا؟

9

هل تعتقد أن كل المرضى الذين يتناولون أدوية كثيرة بانتظام سيستفيدون من تلقي هذه المعلومات عند دعوتهم إلى إجراء مراجعة الأدوية؟

7

نعم  لا

هل توجد أي معلومات أخرى تعتقد أن المرضى سيستفيدون منها عند معرفتها أو تلقيها قبل إجراء مراجعة الأدوية؟

8

إذا كنت مهتمًا بالمشاركة في المزيد من الاستبيانات حول المعلومات التي تلقيتها أو بمشاركة تجربتك حول تناول العديد من الأدوية، يرجى تقديم معلومات الاتصال المفضلة لديك (عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف أو العنوان البريدي) أدناه:



الاطلاع على إصدارات اللغات الأخرى



إكمال هذا الاستبيان عبر الإنترنت