

关于在兰贝斯、南沃克和路易斯汉姆提供初级护理口译和笔译服务的调查

关于在兰贝斯（Lambeth）、南沃克（Southwark）和路易斯汉姆（Lewisham）提供初级护理口译和笔译服务的调查。

这项调查只涉及初级护理的口译和笔译，其针对的是大部分人的初级健保，包括医生诊所、牙医和验光师。与此在医院内部工作中使用的口译无关。

口译工作可以帮助病人和医生、牙医和验光师以及其他相关职员沟通交流，英国手语（BSL）翻译对用手语交流听力障碍人士提供帮助，通过翻译，人们可以用他们自己的语言阅读英文文件。

您的回答以帮助我们确保在兰贝斯、南沃克和路易斯汉姆的病人可以在和他们的家庭医生、牙医师和验光师沟通中得到口译服务。我们需要检验这项服务对每个人的实施效果。

1. 请先告诉我们您用的是哪种语言。如果您说某种特定的方言，您可以用评论框告诉我们。*

- 普通话
- 粤语
- 西班牙语（欧洲）
- 西班牙语（拉丁美洲）
- 葡萄牙语（欧洲）
- 葡萄牙语（拉丁美洲）
- 土耳其语
- 越南语
- 阿拉伯语
- 索马里语
- 波兰语
- 英国手语（BSL）
- 其他（请说明）：

评论：如果您说某种特定方言，您可以在这里告诉我们

Thank you for taking your time to fill in this survey. If you would like any further information please contact:

Yvonne Davies, Commissioning Manager, Lewisham CCG on ydavies@nhs.net

Jean Young, Head of Primary Care Commissioning, Southwark CCG, jean.young4@nhs.net

Garry Money, Assistant Director of Primary Care, Lambeth CCG, garry.money2@nhs.net

2. 您的家庭医生诊所在哪里？ *

- 路易斯汉姆（Lewisham）
- 南沃克（Southwark）
- 兰贝斯（Lambeth）
- 其他（请说明）：

3. 请在这里告诉我们，您注册了哪家家庭医生诊所。（这有助于我们确定哪方面运作良好，哪些地方可以做得更好。）

4. 您曾否在以下任何一项的预约中使用过口译或笔译服务？（请选择所有适用的） *

- 家庭医生（GP）
- 在家庭医生诊所的护士
- 牙医
- 验光师
- 以上都不是

5. 请选择您使用过下列哪种服务。（请选择所有适用的）

- 面对面口译
- 电话传译
- 英国手语（BSL）
- 以上都不是

6. 当您在您的家庭医生诊所注册时，是否被告知有口译和笔译服务吗？ *

- 是 否 我不确定 / 我不记得了

7. 您需要翻译帮您预约吗？ *

 是

 否

8. 在使用口译服务时，您是否经历过以下任何一种情况？请选择所有适用的。您可以在评论框中告诉我们更多关于您对其中任何问题的答案。 *

	英国手语	面对面	电话	从未有过这种经历
您有没有遇到过在要求翻译时但被告知没必要情况？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
翻译没有应约到来？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否因为无法预约到翻译而取消了预约？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的家庭医生诊所曾否要求您带家人或朋友替您翻译，而不是为您预约翻译？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您曾否遇到过一位不会说或不懂您的方言的翻译？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

评论：

9. 请告诉我们您通常要等多长时间才能等到口译员？

	当天	1-2 天	3-5 天	1 周	1-2 周	超过 2 周
英国手语	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
面对面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
电话	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 您使用的口译和笔译服务有何好处？

11. 口译和笔译服务在哪方面需要改进？

Thank you for taking your time to fill in this survey. If you would like any further information please contact:

Yvonne Davies, Commissioning Manager, Lewisham CCG on ydavies@nhs.net

Jean Young, Head of Primary Care Commissioning, Southwark CCG, jean.young4@nhs.net

Garry Money, Assistant Director of Primary Care, Lambeth CCG, garry.money2@nhs.net

12. 我们想研究科技如何有助于改进口译服务。您会否考虑在就诊期间通过电脑屏幕翻译进行沟通？

- 是
- 否

13. 有什么因素会影响您决定通过电脑屏幕翻译进行沟通？请选择所有适用的*

- 在就诊中能更快地获得翻译
- 其他（请说明）：

14. 如果您不考虑通过电脑屏幕上的视频链接使用翻译服务，请告诉我们原因。*

平等信息

回答这些问题是自愿的。我们的目的是想了解和我们接触的是谁，并确保其能尽量代表社区的大部分人的意见。

15. 种族：请选择下列最符合您的种族的描述。如有需要，请使用“其他”。

- 英国白人
- 爱尔兰白人
- 威尔士白人
- 苏格兰白人
- 北爱尔兰白人
- 英国黑人
- 非洲黑人
- 加勒比黑人
- 土耳其白人
- 土耳其塞浦路斯白人
- 库尔德白人
- 西班牙白人
- 拉丁美洲白人
- 葡萄牙白人
- 黑白混血非洲人士
- 黑白混血加勒比人士
- 白人和亚裔混血人士
- 亚洲或亚裔英国人
- 中国人
- 越南人
- 任何其他种族（请说明）：

16. 性别：请选择最适合您的。

- 男性 其他
- 女性 不想说

17. 变性：您的性别是否与您的出生性别不同？

- 是 否 不想说

18. 宗教或信仰：请选择下列最符合您的宗教或信仰的描述：

- 没有宗教或信仰
- 基督教
- 印度教
- 伊斯兰教
- 犹太教徒
- 佛教徒
- 锡克教徒
- 拉斯塔法里教
- 耆那教
- 人道主义者
- 不想说
- 其他（请说明）：
-

19. 性取向：请选择以下最适合您的：

- 同性恋
- 异性恋
- 双性恋
- 女同性恋
- 不想说
- 他(请说明)：
-

20. 孕产期：请告诉我们您是否怀孕或在过去 12 个月内生育过孩子：

	是	否
怀孕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在过去 12 个月内生育过孩子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thank you for taking your time to fill in this survey. If you would like any further information please contact:

Yvonne Davies, Commissioning Manager, Lewisham CCG on ydavies@nhs.net

Jean Young, Head of Primary Care Commissioning, Southwark CCG, jean.young4@nhs.net

Garry Money, Assistant Director of Primary Care, Lambeth CCG, garry.money2@nhs.net

21. 婚姻或民事伴侣关系：请告诉我们以下哪一个最能描述您；

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 单身 | <input type="checkbox"/> 分居 |
| <input type="checkbox"/> 已婚 | <input type="checkbox"/> 离婚 |
| <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> 丧偶 |
| <input type="checkbox"/> 同性民事伴侣或婚姻关系 | <input type="checkbox"/> 不想说 |

22. 年龄：请选择以下最适合您的年龄范围：

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18 岁以下 | <input type="checkbox"/> 51-70 岁 |
| <input type="checkbox"/> 18-29 岁 | <input type="checkbox"/> 70 岁以上 |
| <input type="checkbox"/> 30-50 岁 | <input type="checkbox"/> |

23. 残疾：根据 2010 年《平等法》，如果一个人有身体或精神缺陷，并对他们开展日常活动的的能力产生长期不利影响，则被视为有残疾。您是否有以下持续或预期将持续 12 个月的情况？请选择下列所有适用的：

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 我没有任何残疾 | <input type="checkbox"/> 精神疾病。 |
| <input type="checkbox"/> 完全或部分听力障碍 | <input type="checkbox"/> 长期疾病或病症 |
| <input type="checkbox"/> 完全或部分视力障碍 | <input type="checkbox"/> 学习障碍 |
| <input type="checkbox"/> 身体残疾 | |
| <input type="checkbox"/> 其他（请说明）： | |
-

24. 护理：您是朋友或家庭成员的护理者吗？

- 是 否

Thank you for taking your time to fill in this survey. If you would like any further information please contact:

Yvonne Davies, Commissioning Manager, Lewisham CCG on ydavies@nhs.net

Jean Young, Head of Primary Care Commissioning, Southwark CCG, jean.young4@nhs.net

Garry Money, Assistant Director of Primary Care, Lambeth CCG, garry.money2@nhs.net