



Republic of the Philippines  
**PHILIPPINE HEALTH INSURANCE CORPORATION**

Citystate Centre, 709 Shaw Boulevard, Pasig City  
Call Center: (02) 8441-7442 Trunkline: (02) 8441-7444  
www.philhealth.gov.ph



UNIVERSAL HEALTH CARE  
KALUSUGAN AT KALINGA PARA SA LAHAT

Registry No. \_\_\_\_\_

Control Number: \_\_\_\_\_

**FIELD SURVEY TOOL FOR Z BENEFITS FOR PREVENTION OF COMPLICATIONS OF  
PRETERM DELIVERY AND FOR PREMATURE OR SMALL BABY**

**READ BEFORE STARTING THE INTERVIEW:**

Magandang umaga/hapon. Una sa lahat, salamat sa pagpapaunlak ninyo sa interview na ito. Ako si (*sabihin ang pangalan*), naatasang isagawa ang interview sa inyo para malaman ang estado ng serbisyong natanggap ninyo bilang isa sa mga beneficiaries ng Z benefits at malaman din kung naging sapat ba ang PhilHealth benefit na natanggap ninyo.

Na-identify kayo bilang respondent sa pamamagitan ng pagpili ng computer sa mga pasyente na naka-avail na ng Z benefit sa mga contracted hospitals. Ayon sa talaan namin, kayo ay nagclaim sa ilalim ng Z BENEFITS FOR PREMATURE or SMALL NEWBORNS noong (*state month and year*) sa (*state hospital*).

Isasagawa natin ang interview na ito sa loob ng mahigit kumulang na 20 minutes. Hindi kami hihingi ng kahit anong personal na impormasyon sa inyo maliban lamang sa mga mahalaga para sa Z benefits monitoring. Anuman ang inyong sabihin sa interview na ito ay mananatiling confidential at hindi makakaapekto sa membership ninyo sa PhilHealth. Simulan na natin. (*If with recorder, ask permission first*).

**I. PATIENT INFORMATION**

<p>A. Name of Patient (Initials): _____</p> <p>B. Permanent Address: _____ _____</p> <p>C. Phone Number/s: 1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <p>D. Email Address/es: 1. _____ 2. _____</p> <p>E. PhilHealth membership status: <input type="checkbox"/> Member <input type="checkbox"/> Dependent</p> <p>F. Employment status: Currently working <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, nature of work: _____</p> <p>If no, who supports patient: _____</p>	<p>G. Age (in years): _____</p> <p>H. Birthdate: _____ (mm/dd/yyyy)</p> <p>I. Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female</p> <p>J. Marital status of patient: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Legally married <input type="checkbox"/> Not married, with partner <input type="checkbox"/> Widow/widower (encircle)</p> <p>K. Educational status of patient: <input type="checkbox"/> Elementary <input type="checkbox"/> High school <input type="checkbox"/> College <input type="checkbox"/> Vocational <input type="checkbox"/> Post graduate <input type="checkbox"/> Others (specify) _____</p>
---	---

**II. RESPONDENT INFORMATION (if respondent is not the patient)**

<p>A. Name of Respondent (Last name, first name, middle name, extension): _____</p> <p>B. Relationship to patient:  <input type="checkbox"/> Spouse  <input type="checkbox"/> Parent  <input type="checkbox"/> Child  <input type="checkbox"/> Sibling  <input type="checkbox"/> Guardian  <input type="checkbox"/> Others (specify)          _____</p>	<p>C. Age (in years): _____</p> <p>D. Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female</p> <p>E. Educational status of patient:  <input type="checkbox"/> Elementary  <input type="checkbox"/> High school  <input type="checkbox"/> College  <input type="checkbox"/> Vocational  <input type="checkbox"/> Post graduate  <input type="checkbox"/> Others (specify)          _____</p>
---	---

**III. INFORMATION ON PATIENT'S PREGNANCY**

<p>A. Pang-ilang pagbubuntis niyo na ito? Number of pregnancies: _____</p> <p>B. Sa mga nakaraang pagbubuntis po ninyo, nagkaroon din po ba kayo ng pagbubuntis na kulang sa buwan?  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi          Kung oo, ilan po?          Number of preterm births: _____</p> <p>C. Kayo po ba ay nagpa-check up para sa inyong pagbubuntis na ito?  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi          Kung oo, ilang beses at kailan?          1st (mm/yyyy) _____          2nd (mm/yyyy) _____          3rd (mm/yyyy) _____          4th (mm/yyyy) _____</p> <p>D. Alam ba ninyo kung kailan kayo dapat manganak?  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi          Kung oo, kailan kayo dapat manganak?          Expected date of delivery (mm/yyyy):          _____</p>	<p>E. Para sa pagbubuntis na ito, nagkaroon po ba kayo ng mga sumusunod na kundisyon?  <input type="checkbox"/> Hypertension  <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Pre-eclampsia  <input type="checkbox"/> Preterm, prelabor, rupture of membranes  <input type="checkbox"/> Infection (specify):          _____  <input type="checkbox"/> Others: _____</p> <p>F. Ano ang una ninyong naramdaman bago kayo napunta sa (name of hospital)?  <input type="checkbox"/> Pagkahilo / pagsakit ng ulo  <input type="checkbox"/> Pagsusuka  <input type="checkbox"/> Pagsakit ng tiyan  <input type="checkbox"/> Pagputok ng panubigan  <input type="checkbox"/> Pagdurugo o Spotting  <input type="checkbox"/> Walang naramdaman  <input type="checkbox"/> Lagnat at pananakit ng katawan  <input type="checkbox"/> Others: _____</p> <p>G. Saan kayo unang kumunsulta pagkatapos niyo maramdaman ang sintomas na ito?  <input type="checkbox"/> Lying-in / health center: _____  <input type="checkbox"/> Hospital: _____</p> <p>H. Inirefer po ba kayo ng health facility sa ibang lugar?  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi          Kung oo, sa anong dahilan kaya kayo ini-refer ng health facility sa ibang lugar?          _____</p>
--	--

**IV. INFORMATION ON PRIMARY CONSULT (if answered yes in H)**

<p>A. Sa lying-in / health center, ano ang ibinigay sa inyong mga serbisyo? (Maaaring mas madami sa isa ang sagot)  <input type="checkbox"/> Antenatal steroids (hal. dexamethasone)</p>	<p>D. Alin sa mga sumusunod ang ginawa ng lying-in / health center? (Maaaring mas madami sa isa ang sagot)  <input type="checkbox"/> Itinawag at ni-refer ako ng mga staff sa</p>
--	---

<input type="checkbox"/> Tocolytic (hal. nifedipine) <input type="checkbox"/> Partograph monitoring <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Others: _____  B. Naipaliwanag ba sa inyo nang maayos kung ano ang inyong kundisyon?  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi  C. Ini-refer ba kayo nang maayos sa isang ospital na may kakayanan kung saan kaya alagaan ang inyong kundisyon?  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	hospital na may kakayanan na alagaan ang kundisyon ko bago ako paalisin. Siniguradong tatanggapin ako nang maayos ng ospital na ito. <input type="checkbox"/> Hinatid ako ng ambulansya na may staff na maayos na nag alaga sa akin <input type="checkbox"/> Siniguradong maayos ang kundisyon ko sa ospital bago ako iniwan <input type="checkbox"/> Wala sa mga ito  E. Ano ang gamit ninyong sasakyan papunta ng ospital o pasilidad?  <input type="checkbox"/> Public (specify) _____ <input type="checkbox"/> Private (specify) _____ <input type="checkbox"/> Sariling sasakyan <input type="checkbox"/> Nirentahan <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Barangay / other government vehicles <input type="checkbox"/> Naglakad lang
---	--

**V. BABY'S INFORMATION**

A. Ano po ang pangalan ni baby? _____  B. Ano po ang kasarian ni baby?  <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Di-tiyak (ambiguous genitalia)  C. Kailan po ipinanganak si baby? (mm/dd/yyyy)  ___ / ___ / ____  D. Husto ba sa buwan si baby noong siya ay isinilang mo?  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi  Kung hindi, ilan linggo pa ang kulang, para ito mahusto? _____	E. Ano ang timbang ni baby nung siya ay pinanganak? (birth weight) _____  F. Ano po ang pangalan ng nanay ni baby? <b>(if respondent is not the mother of the patient)</b> _____  G. Ano po ang pangalan ng tatay ni baby? _____  H. Saan po nakatira si baby? _____ _____
--	---

**VI. INFORMATION ON HOSPITAL STAY**

A. Ano ang paraan ng inyong panganganak?  <input type="checkbox"/> Normal delivery <input type="checkbox"/> Cesarean delivery  B. Ano ang serbisyo na binigay sa inyong dalawa ni baby habang nasa ospital?  <Para sa nanay>  <input type="checkbox"/> Antenatal steroids (hal. dexamethasone) <input type="checkbox"/> Tocolytic (hal. nifedipine) <input type="checkbox"/> Partograph monitoring <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Breast feeding support	<Para sa baby>  <input type="checkbox"/> Laboratory: _____  <input type="checkbox"/> Gamot <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Surfactant <input type="checkbox"/> Others: _____  <input type="checkbox"/> X-ray at iba pang work-up o procedure  <input type="checkbox"/> Suporta sa paghinga <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Mechanical ventilation <input type="checkbox"/> Oxygen
---	---

<input type="checkbox"/> Others: _____ C. Ano ang kinahitnan ni baby habang nasa ospital?  <input type="checkbox"/> Nabuhay <input type="checkbox"/> Namatay	<input type="checkbox"/> Essential Intrapartum and Newborn Care (EINC) o Unang Yakap  <input type="checkbox"/> Kangaroo Mother Care  <input type="checkbox"/> Newborn screening <input type="checkbox"/> Newborn hearing screening <input type="checkbox"/> Newborn vision screening (ROP screen)  <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> Others: _____  D. Ilang linggo bago napauwi si baby? _____
--	--

**VII. SATISFACTION**


A. Aling ospital or pasilidad ang nag enroll sa inyo sa Z BENEFITS FOR PREMATURE OR SMALL NEWBORN?  
\_\_\_\_\_


B. Kayo ba ay nasiyahan sa serbisyong natanggap ninyo mula sa ospital o pasilidad na nagbigay ng Z benefits?  
 Oo  Hindi


C. Kung kayo ay nasiyahan, anu-ano ang inyong ikinasiya tungkol sa serbisyong natanggap ninyo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. Kung hindi kayo nasiyahan, anu-anong dahilan?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E. Kung kayo ay nasiyahan sa serbisyo na inyong natanggap, paano ninyo isasalarawan ang inyong kasiyahan? (Markahan ng X)

  
 Lubos na masaya

  
 Masaya

  
 Di masaya

**VIII. PHILHEALTH BENEFIT**

A. May binayaran ba kayo mula nang kayo ay na-enroll sa Z BENEFITS FOR PREMATURE OR SMALL NEWBORN?  Meron  Wala

B. Kung meron, anu-ano ang mga binayaran ninyo at magkano?

Item	Amount

C. May binayaran ba kayong professional fee ng doctor?  Meron  Wala

D. Kung "meron" magkano po ang binayaran na professional fee ng doctor? \_\_\_\_\_

E. Naitago po ba ninyo ang mga resibo ng mga binayaran?  Oo  Hindi

F. Kung "oo," pwede po ba naming makita ang mga resibo at mailista o makuhanan ng picture ang mga ito?  
 Oo  Hindi

Item	Amount indicated in receipt

**IX. PATIENT COMMENTS**

A. May nais ba kayong imungkahi para mapabuti pa ang benepisyo ng mga miyembro ng PhilHealth?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

B. May nais ba kayong imungkahi para mapabuti pa ang serbisyo ng ospital o pasilidad?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name of interviewer: \_\_\_\_\_ Designation: \_\_\_\_\_  
 Name of documenter: \_\_\_\_\_ Designation: \_\_\_\_\_  
 Date of interview (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Time of interview: \_\_\_\_\_