OPATŘENÍ PRIMÁRNÍ PÉČE ZAMĚŘENÁ NA OSOBU
POKYNY PRO DOTAZOVÁNÍ A HLÁŠENÍ

Zvažte prosím uvedení malé sady běžných údajů, které umožní pokračovat ve zdokonalování PCPCM. Níže uvedený formulář je doporučen, ale není vyžadován. Sdílení jakýchkoli informací je dobrovolné. PCPCM lze použít online nebo v místě poskytování péče, mezi pacienty všech věkových kategorií a napříč všemi typy návštěv. Dotazování PCPCM může být dle uvážení přizpůsobeno praktickému pracovnímu postupu.

Informace o vás a vašem projektu

Řekněte nám prosím něco o sobě. (Kontaktní informace nebudou zveřejněny.)

Jméno:	Pracovní titul/pozice a zaměstnavatel:
Telefon:	Adresa:
E-mail:	

Zaškrtněte všechny odpovídající možnosti nebo vyplňte.

O jaký typ projektu se jedná?	___ 1 Posouzení kvality ___ [3] Zapojení pacienta ___ [4] Ostatní _____
Jak budete spravovat PCPCM?	___ [1]Online ___ [2] V místě poskytování péče
Jak jsou údaje shromažďovány?	___ [1] Papír ___ [2] Portál pacientů ___ [3] Elektronicky ___ [4] Ostatní
Jsou výsledky sdíleny s lékaři?	___ 1 Ano ___ 1 Ne

Formulář hlášení PCPCM

Souhrn odpovědí pacientů, kteří dokončili PCPCM

Opatření primární péče zaměřená na osobu	Vzorek (N = _____)		
	Průměr	**SMĚRODATNÁ ODCHYLKA**	**Rozsah**
Ve své ordinaci mám snadný přístup k péči, kterou potřebuji.			
Moje ordinace je schopna poskytnout mi téměř veškerou péči, kterou potřebuji.			
Můj lékař při péči o mě zohledňuje všechny faktory, které mají vliv na moje zdraví.			
Moje ordinace koordinuje péči, která je mi poskytována na více místech.			
Můj lékař nebo moje ordinace mě dobře znají jako člověka.			
Můj lékař a já jsme toho společně hodně zažili.			
Můj lékař nebo ordinace stojí při mně.			
V péči, které se mi dostává, jsou zohledněny znalosti o mojí rodině.			

Péče, které se mi dostává v této ordinaci, je založena na znalostech mojí komunity.			
Moje ordinace mi dlouhodobě pomáhá s plněním mých cílů.			
I díky péči v mojí ordinaci zůstávám dlouhodobě zdravý/zdravá.			

Běžná data

		Vzorek (N = _____)		
		N	**Průměr nebo %**	**SMĚRODATNÁ ODCHYLKA**
Věk	Roky			
Pohlaví	Žena			
	Muž			
	Jiné			
Cítíte se být příslušníkem nějaké minoritní skupiny?	Ano			
Jaký je váš zdravotní stav v porovnání s jinými lidmi vašeho věku?	Výborný			
	Velmi dobrý			
	Dobrý			
	Ucházející			
	Špatný			
Kolik let se znáte se svým lékařem?	Roky			
Kolik let se znáte se svým lékařem?	Roky			
Bylo obtížné vyplnit tento dotazník?	Ano			
Jestliže váš lékař nebo vaše ordinace obdrží odpovědi na tyto otázky, pomohou jim v pochopení, jaký máte názor na péči, kterou vám poskytují?	Ano			
Máte jednoho lékaře nebo navštěvujete jednu ordinaci, o které byste mohli prohlásit, že vám zajišťuje většinu péče?	Ano			

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.