



MESURE SUR LES SOINS PRIMAIRES CENTREE SUR LA PERSONNE

INSTRUCTIONS DE DEPLOIEMENT ET DE COMPTE-RENDU

Veillez penser à communiquer un petit ensemble de données communes permettant d'affiner la PCPCM. Le formulaire ci-dessous est suggéré, mais pas obligatoire. Le partage des informations se fait sur une base volontaire. La PCPCM peut être utilisée en ligne ou au point de service, chez des patients de tous âges et pour tous les types de visites. Le déploiement de la PCPCM peut être adapté si besoin à la pratique.

Informations sur vous et votre projet

Veillez nous parler un peu de vous (les coordonnées ne seront pas rendues publiques).

Nom :	Titre/rôle et employeur :
Téléphone :	Adresse :
E-mail :	

Veillez cocher tout ce qui s'applique ou renseigner si demandé.

Quel genre de projet est-ce ?	<input type="checkbox"/> ¹ Évaluation de la qualité <input type="checkbox"/> ² Amélioration de la qualité <input type="checkbox"/> ³ Engagement du patient <input type="checkbox"/> ⁴ Autre _____
Comment allez-vous administrer la PCPCM ?	<input type="checkbox"/> ¹ En ligne <input type="checkbox"/> ² Au point de service
Comment les données sont-elles collectées ?	<input type="checkbox"/> ¹ Papier <input type="checkbox"/> ² Portail patient <input type="checkbox"/> ³ Voie électronique <input type="checkbox"/> ⁴ Autre
Les résultats sont-ils partagés avec les cliniciens ?	<input type="checkbox"/> ¹ Oui <input type="checkbox"/> ⁰ Non

Formulaire de compte-rendu sur la PCPCM

Résumé des réponses des patients ayant fait l'objet de la PCPCM

Mesure sur les soins primaires centrée sur la personne	Échantillon (N = _____)		
	Moyenne	É-T	Plage
Mon cabinet me permet de recevoir facilement des soins.			
Mon cabinet est capable de dispenser la plupart de mes soins.			
Lorsqu'il me prend en charge, mon médecin tient compte de tous les facteurs qui affectent ma santé.			
Mon cabinet coordonne les soins que je reçois de plusieurs endroits.			
Mon médecin ou mon cabinet me connaît en tant que personne.			
Mon médecin et moi avons vécu beaucoup de choses ensemble.			
Mon médecin ou mon cabinet me défend.			
Les soins que je reçois tiennent compte des connaissances sur ma famille.			
Les soins que je reçois dans ce cabinet tiennent compte des connaissances sur ma communauté.			

Au fil du temps, ce cabinet m'aide à atteindre mes objectifs.			
Au fil du temps, mon cabinet m'aide à rester en bonne santé.			

Données communes

		Échantillon (N = _____)		
		N	Moyenne ou %	É-T
Âge	Ans			
Sexe	Féminin			
	Masculin			
	Non binaire			
Vous considérez-vous comme faisant partie d'un groupe minoritaire ?	Oui			
Comment évalueriez-vous votre santé par rapport aux autres personnes de votre âge ?	Excellente			
	Très bonne			
	Bonne			
	Moyenne			
	Mauvaise			
Depuis combien d'années connaissez-vous ce médecin ?	Ans			
Depuis combien d'années connaissez-vous ce cabinet ?	Ans			
Était-ce difficile de remplir ce formulaire ?	Oui			
Si votre médecin ou votre cabinet recevait les réponses à ces questions, cela l'aiderait-il à comprendre ce que vous pensez de vos soins ?	Oui			
Avez-vous un médecin ou un cabinet qui, selon vous, prend en charge la majorité de vos soins ?	Oui			

www.green-center.org



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