

ΜΈΤΡΗΣΗ ΠΡΩΤΟΒΆΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΊΔΑΣ ΑΤΌΜΟΥ ΟΔΗΓΌΣ ΣΥΜΠΛΉΡΩΣΗΣ ΠΕΔΊΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΆΣ

Σκεφθείτε το ενδεχόμενο να αναφέρετε ένα μικρό σύνολο κοινών δεδομένων για τη συνεχή βελτίωση του PCPCM. Προτείνεται η συμπλήρωση της παρακάτω φόρμας, αλλά δεν είναι υποχρεωτικό. Η κοινοποίηση οποιωνδήποτε πληροφοριών είναι εθελοντική. Το PCPCM μπορεί να χρησιμοποιηθεί online ή στο χώρο φροντίδας, από ασθενείς όλων των ηλικιών και για όλους τους τύπους των επισκέψεων. Η συμπλήρωση των πεδίων του PCPCM μπορεί να προσαρμοστεί ανάλογα με τη ροή εργασίας του εκάστοτε ιατρού.

Πληροφορίες για εσάς και το έργο σας

Πείτε μας λίγα λόγια για εσάς. (Τα στοιχεία επικοινωνίας δεν θα δημοσιοποιηθούν.)

Όνομα:	Τίτλος θέσης εργασίας/ρόλος και εργοδότης:
Τηλέφωνο:	Διεύθυνση:
Email:	

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν ή συμπληρώστε όπως απαιτείται.

Τι έργο είναι αυτό;	<input type="checkbox"/> ¹ Αξιολόγηση ποιότητας <input type="checkbox"/> ² Βελτίωση ποιότητας <input type="checkbox"/> ³ Συμμετοχή ασθενούς <input type="checkbox"/> ⁴ Άλλο _____
Πώς θα διαχειριστείτε το PCPCM;	<input type="checkbox"/> ¹ Online <input type="checkbox"/> ² Στο χώρο φροντίδας
Πώς συλλέγονται τα δεδομένα;	<input type="checkbox"/> ¹ Έντυπα <input type="checkbox"/> ² Πύλη ασθενούς <input type="checkbox"/> ³ Ηλεκτρονικά <input type="checkbox"/> ⁴ Άλλο
Κοινοποιούνται τα αποτελέσματα στο ιατρικό προσωπικό;	<input type="checkbox"/> ¹ Ναι <input type="checkbox"/> ⁰ Όχι

Φόρμα αναφοράς PCPCM

Περίληψη απαντήσεων από τους ασθενείς που συμπλήρωσαν το PCPCM

Μέτρηση πρωτοβάθμιας φροντίδας ατόμου	Δείγμα (N = _____)		
	Μέση τιμή	SD	Εύρος
Το πρόγραμμά μου κάνει εύκολο να λάβω πρωτοβάθμια φροντίδα.			
Το πρόγραμμά μου, μου παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας μου.			
Σε ότι αφορά τη φροντίδα μου, ο γιατρός μου λαμβάνει υπόψη όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία μου.			
Το πρόγραμμά μου συντονίζει τη φροντίδα που λαμβάνω από διάφορους παρόχους.			
Ο γιατρός μου ή το πρόγραμμά μου με γνωρίζουν ως άτομο.			
Ο γιατρός μου και εγώ έχουμε αντιμετωπίσει πολλά μαζί.			
Ο γιατρός μου ή το πρόγραμμά μου με υπερασπίζεται.			
Η φροντίδα που λαμβάνω λαμβάνει υπόψη τη γνώση της οικογένειάς μου.			

Η φροντίδα που λαμβάνω σε αυτό το πρόγραμμα ενημερώνεται από τη γνώση της κοινότητάς μου.			
Με την πάροδο του χρόνου, αυτό το πρόγραμμα με έχει βοηθήσει να πετύχω τους στόχους μου.			
Με την πάροδο του χρόνου, το πρόγραμμά μου με έχει βοηθήσει να παραμείνω υγιής.			

Κοινά δεδομένα

		Δείγμα (N = _____)		
		N	Μέση τιμή ορ %	SD
Ηλικία	Ετών			
Φύλο	Γυναίκα			
	Άντρας			
	Μη διαδικό			
Πιστεύετε ότι είστε μέλος μειονότητας;	Ναι			
Πώς είναι η υγεία σας σε σχέση με άλλα άτομα στην ηλικία σας;	Τέλεια			
	Πολύ καλή			
	Καλή			
	Μέτρια			
	Κακή			
Πόσα χρόνια γνωρίζετε αυτό το γιατρό;	Χρόνια			
Πόσα χρόνια γνωρίζετε αυτό το πρόγραμμα;	Χρόνια			
Ήταν δύσκολο να συμπληρώσετε τη φόρμα;	Ναι			
Εάν ο γιατρός ή το πρόγραμμά σας λάμβανε τις απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις, θα βοηθούσε να καταλάβει πώς νοιώθετε για τη φροντίδα σας;	Ναι			
Έχετε ένα αποκλειστικό γιατρό ή ένα πρόγραμμα που θα λέγατε ότι διαχειρίζεται το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας σας?	Ναι			

www.green-center.org



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