

אומדן רפואה ראשונית ממוקד באדם (PCPCM)

הדרכה בנושא עבודת שטח ודיווח



נבקשך לשקול לדווח חלק קטן מהנתונים המשותפים על מנת שנוכל לשפר את ה-PCPCM. הטופס שלהלן הוא בבחינת הצעה, לא דרישה. כל שיתוף של מידע יתבצע מרצון. ניתן להשתמש ב-PCPCM במצב מקוון או בנקודת טיפול, עם פציינטים מכל הגילים, אשר הגיעו מכל סיבה שהיא. עבודת השטח עם ה-PCPCM ניתנת להתאמה לשיטת העבודה של כל מרפאה.

מידע אודותיך ואודות הפרויקט שלך

ספר לנו מעט על עצמך. (פרטי יצירת הקשר לא יתפרסמו בפומבי).

שם:	תפקיד ומעסיק:
טלפון:	כתובת:
דוא"ל:	

נא לסמן את כל האפשרויות הרלוונטיות או להזיך נתונים כנדרש.

מהו סוג הפרויקט?	<input type="checkbox"/> הערכת איכות ¹ <input type="checkbox"/> מעורבות פציינטים ³ <input type="checkbox"/> שיפור איכות ² <input type="checkbox"/> אחר ⁴
איך תנהל את ה-PCPCM?	<input type="checkbox"/> באינטרנט ¹ <input type="checkbox"/> בנקודת הטיפול ²
איך נאספים נתונים?	<input type="checkbox"/> בכתב בטופס מודפס ¹ <input type="checkbox"/> בפורטל של הפציינט ² <input type="checkbox"/> בפורמט דיגיטלי ³ <input type="checkbox"/> אחר ⁴
האם התוצאות משותפות עם קלינאים?	<input type="checkbox"/> כן ¹ <input type="checkbox"/> לא ⁰

טופס דיווח PCPCM

סיכום התשובות של פציינטים שמילאו את ה-PCPCM

מדגם (מס' = _____)			אומדן רפואה ראשונית ממוקד באדם (PCPCM)
טווח	סטיית תקן	ממוצע	
			המרפאה שלי מקלה עליי בעת קבלת טיפול.
			המרפאה שלי מסוגלת לספק את מרבית הטיפול שלי.
			כאשר הרופא/ה שלי מטפל/ת בי, הוא/היא לוקח/ת בחשבון את כל הגורמים המשפיעים על הבריאות שלי.
			המרפאה שלי מתאמת לי את הטיפול שאני מקבל/ת ממספר מקומות.
			הרופא/ה שלי או המרפאה שלי מכירים אותי כאדם.
			הרופא/ה שלי ואני עברנו הרבה יחד.
			הרופא/ה או המרפאה שלי עומדים על הזכויות שלי.
			הטיפול שאותו אני מקבל/ת לוקח בחשבון מידע על המשפחה שלי.
			הטיפול, שאותו אני מקבל/ת במרפאה זו, לוקח בחשבון ידע על הקהילה שלי.
			המרפאה עוזרת לי להשיג את המטרות שלי לאורך זמן.

נתונים משותפים

מדגם (מס' =)			
סטיית תקן	ממוצע או %	N	
			גיל שנים
			מגדר נקבה
			זכר
			לא בינארי
			האם אתה מחשיב את עצמך כחלק מקבוצת מיעוט? כן
			מהו מצב בריאותך בהשוואה לבני/בנות גילך? מצוין
			טוב מאוד
			טוב
			סביר
			גרוע
			כמה שנים את/ה מכירה/ה את הרופא/ה? שנים
			כמה שנים את/ה מכיר/ה את המרפאה? שנים
			האם היה קשה למלא את הטופס הזה? כן
			אם הרופא/ה או המרפאה שלך היו מקבלים את התשובות לשאלות הללו, האם זה היה עוזר להם להבין את הרגשתך לגבי הטיפול שאותו את/ה מקבל/ת? כן
			האם נושא הבריאות שלך מטופל על ידי רופא ספציפי או במרפאה ספציפית? כן