



SZEMÉLYKÖZPONTÚ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁSI FELMÉRÉS (PCPCM) KITÖLTÉSRE ÉS JELENTÉSTÉTELRE VONATKOZÓ IRÁNYMUTATÁS

Kérjük, fontolja meg, hogy beszámoljon egy kisebb, általános adatmintáról, ami lehetővé teszi a PCPCM-felmérés folyamatos finomítását. Az alábbi formanyomtatvány használata ajánlott, ám nem kötelező. Az információk megosztása önkéntes alapon történik. A PCPCM-felmérés felhasználható online vagy valamelyik ellátási helyszínen, minden korosztály és az intézmény felkeresésének valamennyi típusa esetében. A PCPCM-felmérés a munkafolyamat gyakorlásának megfelelően alakítható.

Információ Önről és a projektjéről

Kérjük, osszon meg néhány dolgot saját magával kapcsolatban. (A kapcsolattartási adatokat nem tesszük nyilvánosan hozzáférhetővé.)

| | |
|--------------|---|
| Név: | Betöltött pozíció/szerepkör, valamint munkáltató: |
| Telefonszám: | Cím: |
| E-mail-cím: | |

Kérjük, jelölje meg valamennyi releváns választ, vagy írja be válaszát az utasításnak megfelelően.

| | |
|---|---|
| Milyen téma áll a projekt középpontjában? | <input type="checkbox"/> ¹ Minőségértékelés <input type="checkbox"/> ² Minőségjavítás <input type="checkbox"/> ³ A betegek bevonása <input type="checkbox"/> ⁴ Egyéb _____ |
| Hogyan kerül sor a PCPCM-felmérés kitöltésére? | <input type="checkbox"/> ¹ Online <input type="checkbox"/> ² Az ellátás helyszínen |
| Hogyan zajlik az adatgyűjtés? | <input type="checkbox"/> ¹ Papíralapon <input type="checkbox"/> ² Betegportálon keresztül <input type="checkbox"/> ³ Elektronikusan <input type="checkbox"/> ⁴ Egyéb módon |
| Megosztásra kerülnek-e az eredmények klinikai szakorvosokkal? | <input type="checkbox"/> ¹ Igen <input type="checkbox"/> ⁰ Nem |

PCPCM jelentéstételi formanyomtatvány

A PCPCM-felmérést kitöltő betegek válaszainak összefoglalása

| Személyközpontú Egészségügyi Alapellátási Felmérés (PCPCM) | Minta (N = _____) | | |
|--|-------------------|--------|-----------|
| | Középérték | SZÓRÁS | Tartomány |
| A háziorvosi rendelőben könnyen ellátáshoz jutok. | | | |
| A háziorvosi rendelőben a legtöbb problémámat el tudják látni. | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Az ellátás során az orvosom figyelembe veszi az egészségemet befolyásoló összes tényezőt. | | | |
| A háziiorvosi rendelőben koordinálják a több más helyen kapott kezeléseimet. | | | |
| A háziiorvosom és a rendelő munkatársai személyesen ismernek engem. | | | |
| A háziiorvosom már sok problémám megoldását végigkísérte. | | | |
| A háziiorvosom és a rendelő munkatársai kiállnak mellettem. | | | |
| Az ellátás során figyelembe veszik a családomat is. | | | |
| Az ellátás során figyelembe veszik a tágabb közösségemre vonatkozó információkat is. | | | |
| A háziiorvosom segít abban, hogy hosszú távon elérjem a céljaimat. | | | |
| A háziiorvosom segít abban, hogy hosszú távon egészséges maradjak. | | | |

Általános adatok

| | | Minta (N = _____) | | |
|---|-------------|-------------------|---------------------|--------|
| | | N | Közéérték vagy % | SZÓRÁS |
| Kor | Évek | | | |
| Nem | Nő | | | |
| | Férfi | | | |
| | Nem bináris | | | |
| Ön kisebbségi csoport tagjának vallja magát? | Igen | | | |
| Milyen az egészségi állapota a kortársaihoz képest? | Kiváló | | | |
| | Nagyon jó | | | |
| | Jó | | | |
| | Kielégítő | | | |
| | Rossz | | | |
| Hány éve ismeri a háziiorvosát? | Évek | | | |
| Hány éve ismeri a háziiorvosi rendelőt? | Évek | | | |
| Nehéz volt kitölteni ezt a kérdőívet? | Igen | | | |
| Ha háziiorvosa vagy a rendelője megkapná a kérdésekre adott válaszait, segítene nekik megérteni, hogy mi a véleménye az ellátásról? | Igen | | | |
| Van-e egyetlen orvos vagy rendelő, aki vagy ahol a legtöbb problémáját ellátják? | Igen | | | |

www.green-center.org



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