

# Į ASMENŲ ORIENTUOTA PIRMINĖS PRIEŽIŪROS PRIEMONĖ (AOPPP) UŽPILDYMO IR ATASKAITŲ TEIKIMO GAIRĖS

Galite pateikti nedidelį bendrųjų duomenų rinkinį, kuriuo remiantis būtų galima ir toliau tobulinti AOPPP. Siūlome naudoti toliau pateiktą formą, tačiau ji nėra privaloma. Visa informacija pateikiama savanoriškai. AOPPP gali būti naudojama internete arba priežiūros vietoje, visų amžiaus grupių pacientams ir visiems apsilankymų tipams. AOPPP pildymą galima atitinkamai pritaikyti, kad ji atitiktų darbo eigą.

## Informacija apie jus ir jūsų projektą

**Papasakokite apie save.** (Kontaktinė informacija nebus skelbiama viešai.)

Vardas ir pavardė:	Pareigos ir darbdavys:
Telefono Nr.:	Adresas:
El. paštas:	

**Pažymėkite visus, kurie tinka, arba užpildykite taip, kaip prašoma.**

Koks yra projekto tipas?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Kokybės vertinimas	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Kokybės gerinimas
	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Pacientų įtraukimas	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Kitas _____
Kaip administruosite AOPPP?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Internetu	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Priežiūros vietoje
Kaip renkami duomenys?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Popieriniu būdu	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Pacientų portale
	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Elektroniniu būdu	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Kita
Ar rezultatais dalijamasi su gydytojais?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Taip	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup> Ne

## AOPPP ataskaitos forma

### AOPPP užpildžiusių pacientų atsakymų santrauka

Į asmenį orientuota pirminės priežiūros priemonė (AOPPP)	Imtis (N = _____)		
	Vidurkis	SN	Intervalas
Mano klinika gali lengvai suteikti man priežiūros paslaugas.			
Mano klinika gali suteikti didžiąją dalį man reikalingos priežiūros paslaugų.			
Rūpindamasis manimi, mano gydytojas atsižvelgia į visus veiksnius, turinčius įtakos mano sveikatai.			
Mano klinika koordinuoja priežiūrą, kurią gaunu keliose vietose.			
Mano gydytojas ar klinikos darbuotojai mane pažįsta kaip asmenį.			
Mano gydytojas ir aš daug patyrėme kartu.			
Mano gydytojas ar klinikos darbuotojai palaiko mane.			
Man teikiama priežiūra atsižvelgiant į žinias, gautas iš mano šeimos.			

Man šioje klinikoje teikiamos priežiūros paslaugos yra pagrįstos iš bendruomenės gautomis žiniomis.			
Laikui bėgant, ši klinika padeda man siekti savo tikslų.			
Laikui bėgant, mano klinika padeda man išsaugoti sveikatą.			

### Bendrieji duomenys

		Imtis (N = _____)		
		N	Vidurkis arba %	SN
Amžius	Metai			
Lytis	Moteris			
	Vyras			
	Ne dvejtainis			
Ar manote, kad priklausote mažumos grupei?	Taip			
Kokia yra jūsų sveikata, palyginti su kitais jūsų amžiaus žmonėmis?	Puiki			
	Labai gera			
	Gera			
	Nebloga			
	Prasta			
Kiek metų žinote šį gydytoją?	Metai			
Kiek metų žinote šią kliniką?	Metai			
Ar buvo sunku užpildyti šią formą?	Taip			
Jei jūsų gydytojas ar klinika gautų atsakymus į šiuos klausimus, ar tai padėtų jiems suprasti, kaip jaučiatės dėl savo priežiūros?	Taip			
Ar vienas gydytojas arba klinika atlieka didžiąją dalį jūsų sveikatos priežiūros paslaugų?	Taip			

[www.green-center.org](http://www.green-center.org)



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