



ŚRODEK PODSTAWOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ ZORIENTOWANEJ NA PACJENTA WYTYCZNE DOTYCZĄCE WYSTAWIANIA I RAPORTOWANIA

Prosimy o udostępnienie małego zbioru wspólnych danych, co umożliwi nam dalsze udoskonalanie PCPCM. Zalecamy wypełnienie poniższego formularza, aczkolwiek nie jest wymagany. Udostępnianie jakichkolwiek informacji jest dobrowolne. Systemu PCPCM można używać on-line lub w placówce, do pacjentów w każdym wieku i do wizyt każdego rodzaju. Wystawianie PCPCM można odpowiednio dostosować do przebiegu pracy w placówce.

Informacje o respondencie i jego projekcie

Proszę powiedzieć nam kilka słów o sobie. (Dane kontaktowe nie będą udostępniane publicznie).

| | |
|------------------|--------------------------|
| Imię i nazwisko: | Stanowisko i pracodawca: |
| Nr telefonu: | Adres: |
| E-mail: | |

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź lub wypełnić odpowiednie pola.

| | |
|--------------------------------------|---|
| Co to za projekt? | <input type="checkbox"/> ¹ Ocena jakości <input type="checkbox"/> ² Poprawa jakości <input type="checkbox"/> ³ Zaangażowanie pacjenta <input type="checkbox"/> ⁴ Inne _____ |
| Jak będzie wdrażany PCPCM? | <input type="checkbox"/> ¹ Online <input type="checkbox"/> ² W placówce |
| Jak gromadzone są dane? | <input type="checkbox"/> ¹ Na papierze <input type="checkbox"/> ² Na portalu dla pacjentów <input type="checkbox"/> ³ Elektronicznie <input type="checkbox"/> ⁴ W inny sposób |
| Czy wyniki są udostępniane lekarzom? | <input type="checkbox"/> ¹ Tak <input type="checkbox"/> ⁰ Nie |

Formularz zgłoszeniowy PCPCM

Podsumowanie odpowiedzi od pacjentów wypełniających PCPCM

| Środek podstawowej opieki medycznej zorientowanej na pacjenta | Próba (N = _____) | | |
|---|-------------------|----|--------|
| | Średnia | ŚO | Zakres |
| W mojej placówce łatwo jest uzyskać opiekę. | | | |
| Moja placówka jest w stanie zapewnić większość opieki. | | | |
| Mój lekarz bierze pod uwagę wszystkie czynniki wpływające na moje zdrowie, opiekując się mną. | | | |
| Moja placówka koordynuje świadczenia w zakresie opieki, jakie otrzymuję w różnych miejscach. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Mój lekarz lub placówka, znają mnie osobiście i wiedzą, kim jestem. | | | |
| Razem z moim lekarzem sporo przeszliśmy. | | | |
| Mój lekarz albo placówka wspierają mnie. | | | |
| Opieka, jaką otrzymuję uwzględnia znajomość mojej rodziny. | | | |
| Opieka, jaką otrzymuję uwzględnia znajomość społeczności, w której żyję. | | | |
| Placówka długofalowo pomaga mi w osiągnięciu założonych celów. | | | |
| Placówka długofalowo pomaga mi w zachowaniu zdrowia. | | | |

Wspólne dane

| | | Próba (N = _____) | | |
|--|--------------|-------------------|------------------|----|
| | | N | Średnia lub % | ŚO |
| Wiek | Lat | | | |
| Płeć | Kobieta | | | |
| | Mężczyzna | | | |
| | Niebinarny | | | |
| Czy należy Pan/Pani do mniejszości? | Tak | | | |
| Jaki jest stan Pana/Pani zdrowia w porównaniu z rówieśnikami? | Doskonały | | | |
| | Bardzo dobry | | | |
| | Dobry | | | |
| | Dostateczny | | | |
| | Słaby | | | |
| Ile lat zna Pan/Pani tego lekarza? | Lat | | | |
| Ile lat zna Pan/Pani tę placówkę? | Lat | | | |
| Czy trudno było wypełnić ankietę? | Tak | | | |
| Czy jeśli Pana/Pani lekarz lub placówka zdrowotna otrzymaliby odpowiedzi na te pytania, byłoby im łatwiej zrozumieć Pan/Pani odczucia na temat świadczonej opieki? | Tak | | | |
| Czy ma Pan/Pani jednego lekarza/placówkę, którzy zajmują się większością opieki podstawowej? | Tak | | | |

www.green-center.org



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