



MEDIDA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS CENTRADA NA PESSOA (PCPCM)

DIRETRIZ DE PREENCHIMENTO E COMUNICAÇÃO

Pedimos-lhe que forneça um pequeno conjunto de dados comuns que irá permitir a constante melhoria da PCPCM. Sugerimos o preenchimento do formulário abaixo, embora não seja obrigatório. A partilha de quaisquer informações é voluntária. A PCPCM poderá ser utilizada online ou num local de prestação de cuidados, por pacientes de todas as idades e em qualquer tipo de consulta. O preenchimento da PCPCM pode ser adaptado, conforme apropriado, ao fluxo de trabalho da clínica.

Informações sobre o utilizador e o respetivo projeto

Fale-nos um pouco sobre si. (As informações de contacto não serão tornadas públicas.)

Nome:	Cargo/função e empregador:
Telefone:	Morada:
E-mail:	

Marque todas as opções aplicáveis ou preencha os espaços, conforme necessário.

Que tipo de projeto é este?	<input type="checkbox"/> ¹ Avaliação da qualidade <input type="checkbox"/> ² Melhoria da qualidade <input type="checkbox"/> ³ Envolvimento do paciente <input type="checkbox"/> ⁴ Outro _____
Como irá colocar em prática a PCPCM?	<input type="checkbox"/> ¹ Online <input type="checkbox"/> ² No local de prestação de cuidados
Como serão recolhidos os dados?	<input type="checkbox"/> ¹ Em papel <input type="checkbox"/> ² Através do portal do paciente <input type="checkbox"/> ³ Eletronicamente <input type="checkbox"/> ⁴ Outro
Os resultados serão partilhados com os médicos?	<input type="checkbox"/> ¹ Sim <input type="checkbox"/> ⁰ Não

Formulário de comunicação da PCPCM

Resumo de respostas de pacientes que preencheram a PCPCM

Medida de cuidados primários centrada na pessoa (PCPCM)	Amostra (N = _____)		
	Média	DP	Intervalo
A minha clínica facilita-me o acesso a cuidados de saúde.			
A minha clínica consegue prestar a maior parte dos cuidados de que necessito.			
Ao prestar-me cuidados, o meu médico considera todos os fatores que afetam a minha saúde.			
A minha clínica coordena os cuidados que recebo de vários pontos de origem.			
O meu médico ou a minha clínica conhece-me enquanto pessoa.			
O meu médico e eu já passámos por muito juntos.			
O meu médico ou a minha clínica defende os meus interesses.			
Os cuidados que recebo são prestados em função do conhecimento da minha família.			
Os cuidados que recebo nesta clínica são prestados em função do conhecimento da minha comunidade.			

Esta clínica ajuda-me a atingir os meus objetivos ao longo do tempo.			
A minha clínica ajuda-me a manter-me saudável ao longo do tempo.			

Dados comuns

		Amostra (N = _____)		
		N	Média ou %	DP
Idade	Anos			
Sexo	Feminino			
	Masculino			
	Não binário			
Considera-se membro de um grupo minoritário?	Sim			
Como avalia a sua saúde comparando a outras pessoas da sua idade?	Excelente			
	Muito boa			
	Boa			
	Razoável			
	Má			
Há quantos anos conhece este médico?	Anos			
Há quantos anos conhece esta clínica?	Anos			
Foi difícil preencher este inquérito?	Sim			
Na sua opinião, seria útil encaminhar para o seu médico ou a sua clínica as respostas a estas perguntas para dar a entender como se sente acerca dos cuidados que recebe?	Sim			
Existe um médico ou uma clínica que presta a maior parte dos seus cuidados de saúde?	Sim			

www.green-center.org



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