

UKREP PRIMARNE ZDRAVSTVENE OSKRBE, USMERJENE V OSEBO

NAVODILA ZA ODGOVORE IN POROČANJE

Sporočite nam majhen niz skupnih podatkov, ki omogočajo nadaljnje izboljšave v zvezi z vodenjem primerov pri splošnem zdravniku (PCPCM). Obrazec v nadaljevanju je priporočen, ni pa obvezen. Kakršno koli deljenje podatkov je prostovoljno. PCPCM lahko bolniki vseh starosti uporabljajo pri vseh vrstah obiskov na spletu ali na mestu zdravstvene oskrbe. Odgovori PCPCM se lahko prilagodijo glede na potek dela v ordinaciji.

Podatki o vas in vašem projektu

Povejte nam nekaj o sebi. (Kontaktne podatke ne bodo javno objavljene.)

| | |
|----------|--|
| Ime: | Naziv delovnega mesta/funkcije in delodajalca: |
| Telefon: | Naslov: |
| E-pošta: | |

Odključajte vse, kar velja, ali vnesite po potrebi.

| | | |
|--|---|---|
| Za kakšno vrsto projekta gre? | <input type="checkbox"/> ¹ Ocena kakovosti | <input type="checkbox"/> ² Izboljšanje kakovosti |
| | <input type="checkbox"/> ³ Vključevanje bolnikov | <input type="checkbox"/> ⁴ Drugo _____ |
| Kako upravljate PCPCM? | <input type="checkbox"/> ¹ Na spletu | <input type="checkbox"/> ² Na mestu zdravstvene oskrbe |
| Kako zbirate podatke? | <input type="checkbox"/> ¹ V papirni obliki | <input type="checkbox"/> ² Na portalu za bolnike |
| | <input type="checkbox"/> ³ V elektronski obliki | <input type="checkbox"/> ⁴ Drugo _____ |
| Ali rezultate delite s kliničnimi zdravniki? | <input type="checkbox"/> ¹ Da | <input type="checkbox"/> ⁰ Ne |

Obrazec za poročanje PCPCM

Povzetek odgovorov bolnikov, ki so izpolnili PCPCM

| Ukrep primarne zdravstvene oskrbe, usmerjene v osebo | Vzorec (N = _____) | | |
|--|--------------------|----|-------|
| | Srednji | SD | Obseg |
| Moja ambulanta mi olajša način pridobivanja nege. | | | |
| Moja ambulanta mi lahko nudi velik del moje nege. | | | |
| Pri skrbi zame moj zdravnik upošteva vse dejavnike, ki vplivajo na moje zdravje. | | | |
| Moja ambulanta usklajuje oskrbo, ki jo dobim na več mestih. | | | |
| Moj zdravnik ali osebje v ambulanti me poznajo kot osebo. | | | |
| Moj zdravnik in jaz sva skupaj mnogo premagala. | | | |
| Moj zdravnik ali osebje v ambulanti se zavzemajo zame. | | | |
| Nega, ki jo dobim, upošteva znanje moje družine. | | | |
| Nega, ki jo prejemam v tej ambulanti, upošteva znanje moje skupnosti. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Sčasoma mi ambulanta pomaga pri tem, da dosegam svoje cilje. | | | |
| Sčasoma mi ambulanta pomaga pri tem, da ostajam zdrav/a. | | | |

Skupni podatki

| | | Vzorec (N = _____) | | |
|---|-------------|---------------------|---------------|----|
| | | N | Srednji ali % | SD |
| Starost | Leta | | | |
| Spol | Ženska | | | |
| | Moški | | | |
| | Nebinarni | | | |
| Ali menite, da ste član manjšinske skupine? | Da | | | |
| Kakšno je vaše zdravje v primerjavi z drugimi osebami vaše starosti? | Odlično | | | |
| | Zelo dobro | | | |
| | Dobro | | | |
| | Zadovoljivo | | | |
| | Slabo | | | |
| Koliko let že poznate tega zdravnika? | let | | | |
| Koliko let že poznate tega zdravnika? | let | | | |
| Je bilo težko izpolniti ta obrazec? | Da | | | |
| Če bi vaš zdravnik ali ambulanta prejela odgovore na ta vprašanja, bi jim pomagala razumeti, kaj menite o svoji oskrbi? | Da | | | |
| Ali imate enega zdravnika ali ambulanto, ki opravlja velik del vaše oskrbe? | Da | | | |

www.green-center.org



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