|  |  |
| --- | --- |
|  | Środek podstawowej opieki medycznej zorientowanej na pacjentaWytyczne dotyczące wystawiania i raportowaniav 2.1- POL  |

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?  | \_\_\_ 1 Ocena jakości \_\_\_ 2 Poprawa jakości \_\_\_ 3 Zaangażowanie pacjenta \_\_\_ 4 Inne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Jak będzie wdrażany PCPCM? | \_\_\_ 1Online \_\_\_ 2 W placówce |
| Jak gromadzone są dane? | \_\_\_ 1 Na papierze \_\_\_ 2 Na portalu dla pacjentów \_\_\_ 3 Elektronicznie \_\_\_ 4 W inny sposób |
| Czy wyniki są udostępniane lekarzom? | \_\_\_ 1 Tak \_\_\_ 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 osiąganiu 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 |  |  |  |