|  |  |
| --- | --- |
|  | אומדן רפואה ראשונית ממוקד באדם  הדרכה בנושא עבודת שטח ודיווח  v 2.1-HEB |

נבקשך לשקול לדווח חלק קטן מהנתונים המשותפים על מנת שנוכל לשפר את ה-PCPCM. הטופס שלהלן הוא בבחינת הצעה, לא דרישה. כל שיתוף של מידע יתבצע מרצון. ניתן להשתמש ב-PCPCM במצב מקוון או בנקודת טיפול, עם פציינטים מכל הגילים, אשר הגיעו מכל סיבה שהיא. עבודת השטח עם ה-PCPCM ניתנת להתאמה לשיטת העבודה של כל מרפאה.

**מידע אודותיך ואודות הפרויקט שלך**

**ספר לנו מעט על עצמך.** (פרטי יצירת הקשר לא יתפרסמו בפומבי.)

|  |  |
| --- | --- |
| שם: | תפקיד ומעסיק: |
| טלפון: | כתובת: |
| דוא"ל: |

**נא לסמן את כל האפשרויות הרלוונטיות או להזין נתונים כנדרש.**

|  |  |
| --- | --- |
| מהו סוג הפרויקט? | \_\_\_ 1 הערכת איכות \_\_\_ 2 שיפור איכות  \_\_\_ 3 מעורבות פציינטים \_\_\_ 4 אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| איך תנהל את ה-PCPCM? | \_\_\_ 1באינטרנט \_\_\_ 2 בנקודת הטיפול |
| איך נאספים נתונים? | \_\_\_ 1 בכתב בטופס מודפס \_\_\_ 2 בפורטל של הפציינט \_\_\_ 3 בפורמט דיגיטלי \_\_\_ 4 אחר |
| האם התוצאות משותפות עם קלינאים? | \_\_\_ 1 כן \_\_\_ 0 לא |

**טופס דיווח PCPCM**

**סיכום התשובות של פציינטים שמילאו את ה-PCPCM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **אומדן רפואה ראשונית ממוקד באדם (PCPCM)** | **מדגם** (מס' = \_\_\_\_\_\_) | | |
|  | **ממוצע** | **סטיית תקן** | **טווח** |
| המרפאה שלי מקלה עליי בעת קבלת טיפול. |  |  |  |
| המרפאה שלי מסוגלת לספק את מרבית הטיפול שלי. |  |  |  |
| כאשר הרופא/ה שלי מטפל/ת בי, הוא/היא לוקח/ת בחשבון את כל הגורמים המשפיעים על הבריאות שלי. |  |  |  |
| המרפאה שלי מתאמת לי את הטיפול שאני מקבל/ת ממספר מקומות. |  |  |  |
| הרופא/ה שלי או המרפאה שלי מכירים אותי כאדם. |  |  |  |
| הרופא/ה שלי ואני עברנו הרבה יחד. |  |  |  |
| הרופא/ה או המרפאה שלי עומדים על הזכויות שלי. |  |  |  |
| הטיפול שאותו אני מקבל/ת לוקח בחשבון מידע על המשפחה שלי. |  |  |  |
| הטיפול, שאותו אני מקבל/ת במרפאה זו, לוקח בחשבון ידע על הקהילה שלי. |  |  |  |
| המרפאה עוזרת לי להשיג את המטרות שלי לאורך זמן. |  |  |  |
| המרפאה שלי עוזרת לי לשמור על הבריאות לאורך זמן. |  |  |  |

**נתונים משותפים**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **מדגם** (מס' = \_\_\_\_\_\_\_) | | |
|  | | **N** | **ממוצע או %** | **סטיית תקן** |
| גיל | שנים |  |  |  |
| מגדר | נקבה |  |  |  |
|  | זכר |  |  |  |
|  | לא בינארי |  |  |  |
| האם אתה מחשיב את עצמך כחלק מקבוצת מיעוט? | כן |  |  |  |
| מהו מצב בריאותך בהשוואה לבני/בנות גילך? | מצוין |  |  |  |
|  | טוב מאוד |  |  |  |
|  | טוב |  |  |  |
|  | סביר |  |  |  |
|  | גרוע |  |  |  |
| כמה שנים את/ה מכירה/ה את הרופא/ה? | שנים |  |  |  |
| כמה שנים את/ה מכיר/ה את המרפאה? | שנים |  |  |  |
| האם היה קשה למלא את הטופס הזה? | כן |  |  |  |
| אם הרופא/ה או המרפאה שלך היו מקבלים את התשובות לשאלות הללו, האם זה היה עוזר להם להבין את הרגשתך לגבי הטיפול שאותו את/ה מקבל/ת? | כן |  |  |  |
| האם נושא הבריאות שלך מטופל על ידי רופא ספציפי או במרפאה ספציפית? | כן |  |  |  |