|  |  |
| --- | --- |
|  | Cilvēkcentrētas primārās veselības aprūpes novērtējums  Norādījumi par datu ieguvi un iesniegšanu v 2.1- LAV |

Lūdzu, apsveriet iespēju iesniegt nelielu vispārīgu datu kopu, lai varētu vēl vairāk pilnveidot CPVAN. Tālāk pieejamā veidlapa ir ieteicama, bet ne obligāta. Jebkādas informācijas atklāšana ir brīvprātīga. CPVAN par jebkāda veida apmeklējumu visu vecumu pacienti var izmantot tiešsaistē vai aprūpes punktā. CPVAN datu ieguvi var pielāgot atbilstoši prakses darbplūsmai.

**Informācija par jums un jūsu projektu**

**Lūdzu, nedaudz pastāstiet par sevi.** (Kontaktinformācija netiks publiskota.)

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds: | Amats un darbavieta: |
| Tālrunis: | Adrese: |
| E-pasts: |

**Lūdzu, atzīmējiet visas atbilstošās atbildes vai ievadiet nepieciešamo informāciju.**

|  |  |
| --- | --- |
| Kāda veida projekts šis ir? | \_\_\_ 1 Kvalitātes novērtēšana \_\_\_ 2 Kvalitātes uzlabošana  \_\_\_ 3 Pacientu iesaiste \_\_\_ 4 Cits variants\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Kā jūs administrēsiet CPVAN? | \_\_\_ 1 Tiešsaistē \_\_\_ 2 Aprūpes punktā |
| Kā tiks savākti dati? | \_\_\_ 1 Uz papīra \_\_\_ 2 Pacientu portālā \_\_\_ 3 Elektroniski  \_\_\_ 4 Cits variants |
| Vai informācija par rezultātiem tiks sniegta ārstiem? | \_\_\_ 1 Jā \_\_\_ 0 Nē |

**CPVAN iesniegšanas veidlapa**

**Kopsavilkums par CPVAN iesniegušo pacientu atbildēm**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cilvēkcentrētas primārās veselības aprūpes novērtējums** | **Atbilžu skaits** (N = \_\_\_\_\_\_ ) | | |
|  | **Vidējā vērtība** | **SN** | **Diapazons** |
| Es ārsta praksē varu viegli saņemt medicīnisko aprūpi. |  |  |  |
| Ārsta prakse spēj nodrošināt lielāko daļu veselības aprūpes pakalpojumu. |  |  |  |
| Sniedzot man veselības aprūpi, mans ārsts ņem vērā visus faktorus, kas ietekmē manu veselību. |  |  |  |
| Ārsta prakse koordinē veselības aprūpes pakalpojumus, kurus saņemu dažādās vietās. |  |  |  |
| Mans ārsts vai ārsta prakses darbinieki pazīst mani kā cilvēku. |  |  |  |
| Kopā ar ārstu esam pārvarējuši dažādas grūtības. |  |  |  |
| Mans ārsts vai ārsta prakses darbinieki mani aizstāv. |  |  |  |
| Sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus, tiek ņemta vērā informācija par manu ģimeni. |  |  |  |
| Sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus ārsta praksē, tiek ņemta vērā informācija par maniem dzīves apstākļiem. |  |  |  |
| Ilgtermiņā šī ārsta prakse palīdz man sasniegt savus mērķus. |  |  |  |
| Ilgtermiņā ārsta prakse palīdz man būt veselam. |  |  |  |

**Vispārīgie dati**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Atbilžu skaits** (N = \_\_\_\_\_\_\_ ) | | |
|  | | **N** | **Vidējā vērtība vai %** | **SN** |
| Vecums | Gadi |  |  |  |
| Dzimums | Sieviete |  |  |  |
|  | Vīrietis |  |  |  |
|  | Nav bināra |  |  |  |
| Vai uzskatāt, ka piederat kādai minoritātes grupai? | Jā |  |  |  |
| Kāda ir jūsu veselība salīdzinājumā ar citiem jūsu vecuma cilvēkiem? | Teicama |  |  |  |
|  | Ļoti laba |  |  |  |
|  | Laba |  |  |  |
|  | Vāja |  |  |  |
|  | Slikta |  |  |  |
| Cik sen jūs pazīstat šo ārstu? | Gadi |  |  |  |
| Cik sen jūs pazīstat šo ārsta praksi? | Gadi |  |  |  |
| Vai jums šķita grūti aizpildīt šo veidlapu? | Jā |  |  |  |
| Ja jūsu ārsts vai ārsta prakse saņemtu atbildes uz šiem jautājumiem, vai tas viņiem palīdzētu saprast jūsu viedokli par saņemto veselības aprūpi? | Jā |  |  |  |
| Vai lielāko daļu jūsu veselības aprūpes pakalpojumu jums sniedz viens ārsts vai ārsta prakse? | Jā |  |  |  |