|  |  |
| --- | --- |
|  | Ukrep primarne zdravstvene oskrbe, usmerjene v oseboNavodila za odgovore in poročanjev 2.1- SLV  |

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.** (Kontaktni podatki ne bodo javno objavljeni.)

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

**Odkljukajte vse, kar velja, ali vnesite po potrebi.**

|  |  |
| --- | --- |
| Za kakšno vrsto projekta gre?  | \_\_\_ 1 Ocena kakovosti \_\_\_ 2 Izboljšanje kakovosti \_\_\_ 3 Vključevanje bolnikov \_\_\_ 4 Drugo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Kako upravljate PCPCM? | \_\_\_ 1 Na spletu \_\_\_ 2 Na mestu zdravstvene oskrbe |
| Kako zbirate podatke? | \_\_\_ 1 V papirni obliki \_\_\_ 2 Na portalu za bolnike \_\_\_ 3 V elektronski obliki \_\_\_ 4 Drugo |
| Ali rezultate delite s kliničnimi zdravniki? | \_\_\_ 1 Da \_\_\_ 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 |  |  |  |