|  |  |
| --- | --- |
|  | Intervento di cura primaria personalizzatoGuida per campionatura e reportingv 2.1- ITA  |

Si invita a considerare di eseguire il reporting di un piccolo set di dati comuni che consenta il perfezionamento continuo del PCPCM. Il modulo seguente è consigliato, ma non richiesto. La condivisione di qualsiasi informazione è volontaria. Il PCPCM può essere utilizzato online o presso il centro di cura, tra i pazienti di tutte le età e in occasione di tutti i tipi di visita. La campionatura del PCPCM può essere adattata in modo opportuno per il flusso di lavoro dello studio medico.

**Informazioni su di te e sul tuo progetto**

**Ti invitiamo a parlarci un po’ di te.** (Le informazioni di contatto non saranno rese pubblicamente disponibili.)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | Titolo/ruolo lavorativo e datore di lavoro:  |
| Telefono: | Indirizzo: |
| E-mail: |

**Spunta tutto ciò che è pertinente, o compila come richiesto.**

|  |  |
| --- | --- |
| Di che tipo di progetto si tratta?  | \_\_\_ 1 Valutazione della qualità \_\_\_ 2 Miglioramento della qualità \_\_\_ 3 Coinvolgimento dei pazienti \_\_\_ 4 Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| In che modo amministrerà il PCPCM? | \_\_\_ 1Online \_\_\_ 2 Presso il centro di cura |
| Come vengono raccolti i dati? | \_\_\_ 1 Formato cartaceo \_\_\_ 2 Portale dei pazienti \_\_\_ 3 Formato elettronico \_\_\_ 4 Altro |
| I risultati sono condivisi con i medici? | \_\_\_ 1 Sì \_\_\_ 0 No |

**Modulo di reporting PCPCM**

**Riepilogo delle risposte dei pazienti che hanno completato il PCPCM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervento di cura primaria personalizzato** | **Campione** (N = \_\_\_\_\_\_) |
|  | **Media** | **SD** | **Intervallo** |
| Nel mio studio medico mi è facile ottenere assistenza. |  |  |  |
| Il mio studio medico è in grado di fornirmi la maggior parte delle mie cure. |  |  |  |
| Il mio medico considera tutti i fattori che influenzano la mia salute quando deve prestarmi assistenza. |  |  |  |
| Il mio studio medico coordina l’assistenza che ricevo da presidi diversi. |  |  |  |
| Il mio medico o lo studio mi conosce come persona. |  |  |  |
| Il mio medico e io ne abbiamo passate tante insieme. |  |  |  |
| Il mio medico o il mio studio mi sostiene. |  |  |  |
| Le cure che ricevo tengono conto della mia famiglia. |  |  |  |
| Le cure che ricevo dimostrano che il mio studio è a conoscenza della comunità in cui vivo. |  |  |  |
| Nel corso del tempo, lo studio medico mi aiuta a raggiungere i miei obiettivi. |  |  |  |
| Nel corso del tempo, il mio studio medico mi aiuta a rimanere in buona salute. |  |  |  |

**Dati comuni**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Campione** (N = \_\_\_\_\_\_\_) |
|  | **N** | **Media o %**  | **SD** |
| Età | Anni |  |  |  |
| Sesso | Femmina |  |  |  |
|  | Maschio |  |  |  |
|  | Non binario |  |  |  |
| Ti consideri membro di una minoranza? | Sì |  |  |  |
| Com'è la tua salute rispetto ad altre persone della tua età? | Eccellente |  |  |  |
|  | Molto buona |  |  |  |
|  | Buona |  |  |  |
|  | Discreta |  |  |  |
|  | Non buona |  |  |  |
| Da quanti anni conosci questo medico? | Anni |  |  |  |
| Da quanti anni conosci questo studio medico? | Anni |  |  |  |
| È stato difficile completare questo modulo? | Sì |  |  |  |
| Se il tuo medico o il tuo studio ricevessero le tue risposte a queste domande, potrebbero comprendere meglio come ti senti in merito all'assistenza che ricevi? | Sì |  |  |  |
| Un medico o uno studio in particolare si occupano della maggior parte delle tue cure? | Sì |  |  |  |