|  |  |
| --- | --- |
|  | Medida de cuidados primários centrada na pessoa  Diretriz de preenchimento e comunicação v 2.1- POR |

Pedimos-lhe que forneça um pequeno conjunto de dados comuns que irá permitir a constante melhoria da PCPCM. Sugerimos o preenchimento do formulário abaixo, embora não seja obrigatório. A partilha de quaisquer informações é voluntária. A PCPCM poderá ser utilizada online ou num local de prestação de cuidados, por pacientes de todas as idades e em qualquer tipo de consulta. O preenchimento da PCPCM pode ser adaptado, conforme apropriado, ao fluxo de trabalho da clínica.

**Informações sobre o utilizador e o respetivo projeto**

**Fale-nos um pouco sobre si.** (As informações de contacto não serão tornadas públicas.)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | Cargo/função e empregador: |
| Telefone: | Morada: |
| E-mail: |

**Marque todas as opções aplicáveis ou preencha os espaços, conforme necessário.**

|  |  |
| --- | --- |
| Que tipo de projeto é este? | \_\_\_ 1 Avaliação da qualidade \_\_\_ 2 Melhoria da qualidade  \_\_\_ 3 Envolvimento do paciente \_\_\_ 4 Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Como irá colocar em prática a PCPCM? | \_\_\_ 1 Online \_\_\_ 2 No local de prestação de cuidados |
| Como serão recolhidos os dados? | \_\_\_ 1 Em papel \_\_\_ 2 Através do portal do paciente \_\_\_ 3 Eletronicamente \_\_\_ 4 Outro |
| Os resultados serão partilhados com os médicos? | \_\_\_ 1 Sim \_\_\_ 0 Não |

**Formulário de comunicação da PCPCM**

**Resumo de respostas de pacientes que preencheram a PCPCM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medida de cuidados primários centrada na pessoa (PCPCM)** | **Amostra** (N = \_\_\_\_\_\_ ) | | |
|  | **Média** | **DP** | **Intervalo** |
| A minha clínica facilita-me o acesso a cuidados de saúde. |  |  |  |
| A minha clínica consegue prestar a maior parte dos cuidados de que necessito. |  |  |  |
| Ao prestar-me cuidados, o meu médico considera todos os fatores que afetam a minha saúde. |  |  |  |
| A minha clínica coordena os cuidados que recebo de vários pontos de origem. |  |  |  |
| O meu médico ou a minha clínica conhece-me enquanto pessoa. |  |  |  |
| O meu médico e eu já passámos por muito juntos. |  |  |  |
| O meu médico ou a minha clínica defende os meus interesses. |  |  |  |
| Os cuidados que recebo são prestados em função do conhecimento da minha família. |  |  |  |
| Os cuidados que recebo nesta clínica são prestados em função do conhecimento da minha comunidade. |  |  |  |
| Esta clínica ajuda-me a atingir os meus objetivos ao longo do tempo. |  |  |  |
| A minha clínica ajuda-me a manter-me saudável ao longo do tempo. |  |  |  |

**Dados comuns**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Amostra** (N = \_\_\_\_\_\_\_ ) | | |
|  | | **N** | **Média ou %** | **DP** |
| Idade | Anos |  |  |  |
| Sexo | Feminino |  |  |  |
|  | Masculino |  |  |  |
|  | Não binário |  |  |  |
| Considera-se membro de um grupo minoritário? | Sim |  |  |  |
| Como avalia a sua saúde comparando a outras pessoas da sua idade? | Excelente |  |  |  |
|  | Muito boa |  |  |  |
|  | Boa |  |  |  |
|  | Razoável |  |  |  |
|  | Má |  |  |  |
| Há quantos anos conhece este médico? | Anos |  |  |  |
| Há quantos anos conhece esta clínica? | Anos |  |  |  |
| Foi difícil preencher este inquérito? | Sim |  |  |  |
| Na sua opinião, seria útil encaminhar para o seu médico ou a sua clínica as respostas a estas perguntas para dar a entender como se sente acerca dos cuidados que recebe? | Sim |  |  |  |
| Existe um médico ou uma clínica que presta a maior parte dos seus cuidados de saúde? | Sim |  |  |  |