|  |  |
| --- | --- |
| **PARA USO DEL ADMINISTRADOR** | |
|  | Identificación del sitio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Identificación del proveedor:\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Gracias por su participación en el estudio de BOOST durante los últimos meses. Su intervención nos ayudará a entender cómo influye el uso de BOOST en la práctica quirúrgica y en la obtención y la utilización de datos de resultados de cirugías de cataratas.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y la decisión de participar o no no afectará de ninguna forma su relación con su organización o con el grupo de investigación.

El objetivo de esta última encuesta es recopilar Información sobre su experiencia con BOOST. También podrá ser invitado a participar en una entrevista telefónica opcional.

**Encuesta para proveedores – completar**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | |  | | | | | | |
|  | **Nombre de la compañía** | |  | | | | | | |
| **A continuación hay una serie de declaraciones relacionadas con su experiencia con BOOST. Por favor, lea cada una de ellas e indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada declaración**  **SELECCIONE SOLO UNA RESPUESTA (1) PARA CADA FILA** | | | | | | | | | |
|  | | | **Muy de acuerdo**  **(5)** | **De acuerdo**  **(4)** | | **Indeciso**  **(3)** | **En desacuerdo**  **(2)** | | **En total desacuerdo**  **(1)** |
|  | **La aplicación de BOOST es fácil de usar** | |  |  | |  |  | |  |
|  | **La aplicación de BOOST es útil** | |  |  | |  |  | |  |
|  | **Es importante registrar los datos de los resultados de las intervenciones quirúrgicas de cataratas** | |  |  | |  |  | |  |
|  | **Me siento cómodo compartiendo con mi supervisor datos de resultados de intervenciones quirúrgicas de cataratas** | |  |  | |  |  | |  |
|  | **Gracias al uso de BOOST realicé cambios en mi práctica quirúrgica** | |  |  | |  |  | |  |
|  | **Gracias al uso de BOOST, se recogen con más regularidad los datos de resultados de cirugías de cataratas** | |  |  | |  |  | |  |
|  | **Tengo la intención de seguir utilizando BOOST** | |  |  | |  |  | |  |
|  | **Recomendaría BOOST a un compañero** | |  |  | |  |  | |  |
| **Por favor, responda a las siguientes preguntas en los espacios a continuación** | | | | | | | | | |
|  | **¿Cuánto tiempo tardó, en promedio, utilizando BOOST, en registrar información de un solo paciente de los datos de los resultados de cirugías de cataratas?**  (marque una respuesta con un círculo) | | 1= < 30 segundos  2= 30 segundos-1 minuto  3= 1-2 minutos  4= 2-5 minutos  5= 5+ minutos  6= no registré información | | | | | | |
|  | **¿Cuánto tiempo tardó en promedio, utilizando BOOST, en generar informes con la información de un grupo de pacientes**  (marque con un círculo) | | 1= < 30 segundos  2= 30 segundos-1 minuto  3= 1-2 minutos  4= 2-5 minutos  5= 5+ minutos  6= no generé ningún informe | | | | | | |
|  | **Después de la segunda fase en la aplicación de BOOST, ¿cuál fue la causa más común de resultados insatisfactorios?** Por favor, marque todas las respuestas pertinentes con un círculo si BOOST identificó más de una causa de resultados deficientes | | 1= complicaciones quirúrgicas  2= corrección óptica  3= selección de casos | | | | | | |
|  | **¿Entendió las recomendaciones ofrecidas por BOOST en respuesta a resultados insatisfactorios?** **(consulte la gráfica de la página 5)**  (marque una respuesta con un círculo) | | 1= Sí  2= No | | | | | | |
|  | **¿Realizó algún cambio en respuesta a las recomendaciones de BOOST?**  (marque una respuesta con un círculo) | | 1= Sí  2= No (pase a la pregunta 20) | | | | | | |
|  | **Por favor, identifique los cambios realizados en respuesta a las causas más comunes de resultados insatisfactorios**  (marque con un círculo todas las respuestas pertinentes-consulte la gráfica de la página 5) | | **Complicaciones quirúrgicas** | | **Corrección óptica** | | | **Selección de casos** | |
| a. Revisar los procedimientos preoperatorios | | g. Más formación en la inserción de lentes intraoculares (IOL) | | | n. Asegurar la medición de la agudeza visual antes de una operación | |
| b. Revisar las técnicas quirúrgicas | | h. Comprar los aparatos necesarios para medir la longitud axial y la potencia corneal | | | o. Expandir el reconocimiento preoperativo | |
| c. Minimizar el tiempo de intervención | | i. Recalibrar el equipo de medición de longitud axial | | | p. Buscar si hay defectos pupilares aferentes | |
| d. El uso de gotas con esteroides o sin esteroides tópicas | | j. Revisar las técnicas biométricas | | | q. Usar Ecografía B | |
| e. Revisión de herramientas quirúrgicas (tamaño, filo) | | k. Aumentar las existencias y gama de lentes intraoculares (IOL) | | | r. Expandir el historial sistemático y ocular | |
| f. Revisión de los procedimientos postoperatorios | | l. Establecer un registro de existencias de lentes intraoculares (IOL) | | |  | |
|  | | m. Revisar las técnicas de sutura | | |
|  |  | | Otras (especifique):  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
|  | **¿Qué impidió que utilizara BOOST o que realizara cambios en sus prácticas quirúrgicas?**  (marque con un círculo todas las respuestas pertinentes) | | 1= falta de tiempo  2= no completé todas las fases de la introducción de datos  3= no entendí cómo utilizar BOOST  4= no entendí las recomendaciones ofrecidas por BOOST  5= no sentí apoyo por parte de administración  6= ninguna de las anteriores  7 = Otras (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | **¿Qué versión de BOOST le gustó más?**  (marque una respuesta con un círculo) | | 1= la aplicación para el teléfono móvil  2= la aplicación para el ordenador  3= la página web de BOOST  4= no tengo preferencia | | | | | | |
|  | | **¿Qué característica/s de BOOST le pareció más útil?**  (marque con un círculo todas las respuestas pertinentes) | 1= informes y gráficas  2= sugerencias para mejorar el rendimiento  3= evaluación comparativa de rendimiento  4= Otras (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | **¿Qué característica/s de BOOST le pareció menos útil?**  (marque con un círculo todas las respuestas pertinentes) | 1= informes y gráficas  2= sugerencias para mejorar el rendimiento  3= evaluación comparativa de rendimiento  4= Otras (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | **¿Tendría alguna propuesta para mejorar BOOST?** |  | | | | | | |
|  | | **Por favor, deje un comentario sobre su experiencia con BOOST** |  | | | | | | |
|  | | **¿Le gustaría recibir futuras actualizaciones sobre BOOST?**  (marque una respuesta con un círculo) | 1= Sí por favor, especifique su correo electrónico:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2= No | | | | | | |
|  | | **¿Estaría dispuesto a participar en una entrevista telefónica de 30 minutos sobre BOOST?**  (marque una respuesta con un círculo) | 1= Sí  2= No  **En caso afirmativo, proporcione la siguiente información personal:**  **Número de teléfono:**  **Hora/fecha solicitada:** | | | | | | |

**Gracias por completar esta encuesta. Por favor, firme y entregue:**

|  |
| --- |
| **Coordinador de Investigación en BOOST**  [BOOST@hollows.org](mailto:BOOST@hollows.org) |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Fecha Firma