Załącznik nr 3 do Umowy o realizację programu polityki zdrowotnej pn. "Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ropczyce powyżej 65. roku życia na lata 2018-2021” w 2019 r.

**Ankieta satysfakcji uczestnika programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie powyżej 65. roku życia w Gminie Ropczyce**

**Szanowni Państwo**

Zwracam się z prośbą o poświęcenie kilku minut Państwa cennego czasu i odpowiedź na kilka pytań niniejszej ankiety, której celem jest ocena realizacji programu szczepień ochronnych przeciw grypie w Gminie Ropczyce. Badania mają charakter anonimowy. Pytania w ankiecie są jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Odpowiedzi prosimy zaznaczać znakiem „**X**” lub dokonać wpisu w wyznaczone miejsce.

1. **Skąd dowiedziała się Pani/Pan o możliwości zaszczepienia się przeciw grypie?**

informacja od pracowników medycznych;

informacja, ogłoszenie w przychodni;

rodzina / znajomi;

środki masowego przekazu (prasa, telewizja, Internet);

inne: jakie?................................................................................................................

1. **Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z możliwości korzystania z bezpłatnych szczepień ochronnych przeciw grypie?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE | NIE WIEM |

1. **Czy przed wykonaniem szczepienia została Pani/Pan poinformowana o: (proszę o ustosunkowanie się do każdego podpunktu)?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) korzyściach ze szczepienia | TAK | NIE |
| b) możliwych do wystąpienia odczynach poszczepiennych | TAK | NIE |
| c) postępowaniu przy wystąpieniu odczynu poszczepiennego | TAK | NIE |

1. **Gdyby szczepienia nie były bezpłatne, czy skorzystałaby Pani/Pan z nich?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE | NIE WIEM |

1. **Jaki był powód Pani/Pana decyzji o zaszczepieniu się przeciw grypie?**

porada lekarza;

chęć zabezpieczenia się przed zachorowaniem na grypę;

kampania w mediach;

przypadki zachorowań w rodzinie lub wśród znajomych;

inne: jakie?................................................................................................................

1. **Czy poleciłaby Pani/Pan korzystanie z programu szczepień przeciw grypie innym osobom?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | NIE | NIE WIEM |

1. **Jak ocenia Pan/Pani jakość świadczeń udzielanych w trakcie programu?**

bardzo dobrze;

dobrze;

średnio;

źle;

nie mam zdania.

1. **Czy uczestnictwo w programie przyczyniło się u Pana/Pani do podniesienia poziomu wiedzy dotyczącej grypy i powikłań pogrypowych?**

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |

1. **Czy poprzez udział w programie poszerzył/a Pan/Pani swoją wiedzę nt. grypy i powikłań pogrypowych?**

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |