**Ankieta dotycząca szczepienia ochronnego przeciwko pneumokokom**

**Pre-test**

**Proszę podać Pani/Pana wiek w latach:**

**Proszę zaznaczyć płeć: K/M**

1. **Czy pali Pani/Pan tytoń:**
   1. Tak
   2. Nie
2. **Czy chorował(a) Pani/Pan na zapalenie płuc?**
   1. Nie
   2. Tak, w okresie ostatnich 5 lat
   3. Tak, dawniej niż 5 lat temu
   4. Nie wiem
3. **Czy był(a) Pani/Pan hospitalizowany z powodu leczenia zapalenia płuc?**
   1. Nie
   2. Tak, w okresie ostatnich 5 lat
   3. Tak, dawniej niż 5 lat temu
   4. Nie wiem
4. **Czy był(a) Pani/Pan hospitalizowany z powodu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub tzw. sepsy?**
   1. Nie
   2. Tak, w okresie ostatnich 5 lat
   3. Tak, dawniej niż 5 lat temu
   4. Nie wiem

**Ankieta**

1. **Jakie w Pani/Pana opinii są główne przyczyny zapaleń płuc u osób dorosłych?**
   1. Bakterie
   2. Wirusy
   3. Grzyby
   4. Nie wiem
2. **Jakie działania można podjąć by zmniejszyć ryzyko zachorowań na zapalenie płuc? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)**
   1. Unikanie miejsc zatłoczonych przez ludzi w okresie infekcyjnym
   2. Wykonywanie szczepień ochronnych zmniejszających ryzyko
   3. Częsta i dokładna higiena rąk
   4. Izolacja osób podejrzanych o zapalenie płuc
3. **Jakie czynniki zwiększają ryzyko wystąpienia zapalenia płuc? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)**
   1. Wiek powyżej 60 r.ż.
   2. Choroby przewlekłe, szczególnie układu krążenia i układu oddechowego
   3. Przebywanie w szpitalu
   4. Palenie tytoniu
4. **Przeciwko którym czynnikom infekcyjnym wywołującym zapalenia płuc istnieją szczepienia ochronne? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)**
   1. Bakteria dwoinki zapalenia płuc (*Streptococcus pneumoniae*)
   2. Bakteria *Mycoplasma pneumoniae*
   3. Wirus grypy
   4. *Haemophilus influenzae*
5. **Jakie choroby mieszczą się w pojęciu inwazyjnej choroby pneumokokowej?**
   1. Zakażenie skóry, zapalenie ucha środkowego
   2. Zapalenie układu moczowego, zakażenie skóry
   3. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie płuc
   4. Angina ropna, zapalenie płuc
6. **Jakie osoby powinny zostać zaszczepione przeciwko pneumokokom (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)**
   1. Osoby w wieku powyżej 60 r.ż.
   2. Osoby z chorobami przewlekłymi układu oddechowego
   3. Osoby z chorobami układu krążenia
   4. Osoby pracujące w kontakcie z klientem
7. **Ile dawek szczepionki p/pneumokokom należy podać by zakończyć cykl szczepień?** 
   1. 3 dawki
   2. 2 dawki
   3. 1 dawkę
   4. Zależy od współistnienia chorób przewlekłych
8. **W jakim okresie roku należy podać 1 dawkę szczepionki przeciwko pneumokokom?**
   1. Wyłącznie latem
   2. W okresie jesienno-zimowym
   3. Moment zaszczepienia nie ma znaczenia
   4. Zależy od współistnienia chorób przewlekłych
9. **Szczepionki przeciwko pneumokokom dostępne na polskim rynku dla osób dorosłych**
   1. Chronią przeciwko wszystkim typom pneumokoków
   2. Chronią przeciwko 7,13 lub 23 typom pneumokoków
   3. Chronią przeciwko 13 najczęściej występującym serotypom
   4. Ich działanie zależne jest od roku produkcji szczepionki
10. **Szczepienia przeciwko pneumokokom w największym stopniu obniżają ryzyko   
    (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):** 
    1. Ciężkiego zapalenia płuc
    2. Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych
    3. Zapalenia ucha środkowego
    4. Anginy ropnej

Data: .................................

**Ankieta satysfakcji**

Prosimy o wypełnienie tego krótkiego kwestionariusza. Przy każdym pytaniu proszę o zaznaczenie kwadratu, który najlepiej odpowiada Państwa opinii. Ankieta pozwoli nam ulepszyć działania w kolejnych latach. Ankieta jest w pełni anonimowa.

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie kwalifikacji i szczepienia?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie szczepienia?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom edukacji w ramach programu?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Jak ocenia Pan(i) ogólnie realizację Programu?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. Inne uwagi.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.*

*Jesteśmy Państwu bardzo wdzięczni za poświęcony czas.*