**Ankieta dotycząca wiedzy na temat chorób odkleszczowych**

**Pre-test**

Proszę podać Pani/Pana wiek w latach:

Proszę zaznaczyć płeć: Kobieta/Mężczyzna

1. Czy pracuje Pani/Pan w obszarach występowania kleszczy:
	1. Tak
	2. Nie
2. Czy kiedykolwiek Pani/Pan był(a) ukłuta/y przez kleszcza
	1. Nie
	2. Tak, w okresie ostatniego roku
	3. Tak, dawniej niż 1 rok temu
3. Czy chorował(a) Pani/Pan na boreliozę?
	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 leczenia boreliozy?
	1. Nie
	2. Tak, w okresie ostatnich 5 lat
	3. Tak, dawniej niż 5 lat temu
	4. Nie wiem
5. 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. Choroby przenoszone przez kleszcze to (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):
2. Kleszczowe zapalenie mózgu
3. Borelioza
4. Babeszjoza
5. Ospa wietrzna
6. Jakie są efektywne metody ochrony przed kleszczami (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):
	1. Noszenie odzieży z długimi rękawami/nogawkami
	2. Stosowanie repelentów – sprayów na owady
	3. Unikanie terenów występowania kleszczy – łąki, zarośla, lasy
	4. Stosowanie elektronicznych urządzeń odstraszających
7. W przypadku dostrzeżenia kleszcza wkłutego w ciało należy:
	1. Jak najszybciej go usunąć, np. za pomocą pęsety
	2. Poczekać, aż sam odczepi się od skóry
	3. Posmarować kleszcza maścią/olejem
	4. Zgłosić się do najbliższego lekarza rodzinnego
8. Przeciwko, której z wymienionych chorób, istnieją szczepienia (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)
	1. Borelioza
	2. Babeszjoza
	3. Kleszczowe zapalenie mózgu
	4. Ospa wietrzna
9. Jaka jest najskuteczniejsza forma profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu (KZM)?
	1. Szczepienie ochronne
	2. Stosowanie repelentów
	3. Osłony barierowe (odzież)
	4. Nie ma skutecznej ochrony p/ko KZM
10. Ile dawek szczepionki przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM) należy podać by zakończyć cykl szczepień u osób dorosłych?
	1. 3 dawki
	2. 2 dawki
	3. 1 dawkę
	4. Zależy od współistnienia chorób przewlekłych
11. Jak często należy wykonywać szczepienie przypominające
	1. Co rok
	2. Raz na 10 lat
	3. Co 3-5 lat
	4. Nie jest wymagane szczepienie uzupełniające
12. Wirus kleszczowego zapalenia mózgu przenoszony jest przez:
	1. Larwy kleszczy
	2. Nimfy
	3. Osobniki dorosłe
	4. Wszystkie formy kleszczy
13. Zakażenie wirusem KZM może objawiać się:
	1. Przebiegiem dwufazowym: objawami grypopodobnymi, które mogą przechodzić w objawy neurologiczne
	2. Typowymi objawami skórnymi
	3. Biegunką oraz bólami brzucha
	4. Typowe jest ostre występowanie objawów neurologicznych w 1. dniu zakażenia
14. Wśród typowych powikłań KZM mogą wystąpić: (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)
	1. Uszkodzenia nerwów
	2. Uszkodzenie słuchu
	3. Depresja i zaburzenia pamięci

d. Zmiany zachowania (agresja, drażliwość, zaburzenia koncentracji)

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

**Ankieta satysfakcji**

Prosimy o wypełnienie tego krótkiego kwestionariusza. Przy każdym pytaniu proszę o zaznaczenie kwadratu, który najlepiej odpowiada Pani/ Pana 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.*