**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.*