

## ANKIETA dotycząca badania satysfakcji z udziału w programie i jakości udzielonych świadczeń

Szanowni Państwo

Zwracamy się z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania niniejszej ankiety. Posłuży ona do oceny realizacji w 2019 roku programu szczepień przeciw grypie i zebrania danych do jego rozliczenia. Badanie jest anonimowe.

**Proszę wybrać odpowiedź, zaznaczając X w wybranej kratce przy odpowiedzi.**

1. Skąd dowiedziała się Pani/Pan o programie bezpłatnych szczepień realizowanych w mieście Hajnówka ?

Informacja ze strony internetowej, tablic informacyjnych w Urzędzie Miasta Hajnówka

Informacja ze strony internetowej, tablic informacyjnych w przychodni

Informacja od rodziny, znajomych

Inne źródło, podać jakie ? .....

2. Czy w ramach udziału w programie została Pani/Pan poinformowana/y o:

a) profilaktyce grypy i korzyściach wynikających ze szczepienia przeciw grypie?

Tak             Nie

b) możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych ?

Tak             Nie

c) postępowaniu w razie wystąpienia odczynów poszczepiennych ?

Tak             Nie

3. Czy jest Pani/Pan zadowolony/a z kompetencji i jakości usług lekarskich świadczonych w ramach programu (wywiad lekarski, badanie przed szczepieniem, edukacja zdrowotna) ?

Tak             Nie

**4.** Czy jest Pani/Pan zadowolony/a z kompetencji i jakości usług pielęgniarskich świadczonych w ramach programu (wykonanie szczepienia) ?

Tak             Nie

**5.** Czy poziom Pani/Pana wiedzy i świadomości na temat profilaktyki grypy, powikłań związanych z grypą i roli szczepień w profilaktyce grypy jest większy niż przed udziałem w programie ?

Tak             Nie

**6.** Czy przed udziałem w programie:

**a)** szczepił/a się Pani/Pan na koszt własny przeciw grypie?

Tak             Nie

**b)** chorował/a Pani/Pan na grypę ?

Tak             Nie

**c)** hospitalizowano Panią/Pana z powodu zachorowania na grypę ?

Tak             Nie

**7.** Czy jest Pani/ Pan zadowolona/y z wzięcia udziału w programie bezpłatnych szczepień przeciw grypie ?

Tak             Nie

**8.** Czy udział i wiedza zdobyta w ramach programu, wpłynie na Pani/Pana decyzję o samodzielnym zakupie szczepionki i zaszczepieniu się przeciw grypie poza programem ( na koszt własny) ?

Tak             Nie

**9.** Czy uważa Pani/Pan, że realizacja tego typu programu była potrzebna ?

Tak             Nie

**10.** Czy poleciałaby Pani/Pan, innym osobom udział w programie szczepień przeciw grypie ?

Tak             Nie