**Ankieta satysfakcji uczestników programu polityki zdrowotnej**

***Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Legnicy w wieku 60+ na 2020 rok***

Szanowni Państwo

Zwracamy się z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania niniejszej ankiety. Posłuży ona do oceny realizacji 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 dowiedział(a) się Pan(i) o programie bezpłatnych szczepień realizowanych w mieście Legnica?**

🞎*Informacja ze strony internetowej, tablic informacyjnych w Urzędzie Miasta*

🞎 *Informacja ze strony internetowej, tablic informacyjnych w przychodni*

🞎 *Informacja od rodziny, znajomych*

🞎 *Inne źródło, podać jakie ? ……………………………………………………………………………………………………………….*

1. **Jak ocenia Pan(i) jakość działań edukacyjnych i materiałów promocyjnych (plakatów, ulotek, informacja w mediach)?**

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

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom badań lekarskich kwalifikujących do szczepienia?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Punktualność* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Sprawność obsługi* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Czy poziom Pan(i) 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 🞎 Nie wiem

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

a) szczepił(a) się Pan(i) na koszt własny przeciw grypie?

🞎Tak 🞎 Nie

b) chorował(a) Pan(i) na grypę?

🞎Tak 🞎 Nie

c) hospitalizowano Pana(ią) z powodu zachorowania na grypę?

🞎Tak 🞎 Nie

1. **Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z wzięcia udziału w programie bezpłatnych szczepień przeciw grypie?**

🞎Tak 🞎 Nie

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

🞎Tak 🞎 Nie 🞎 Nie wiem

1. **Czy uważa Pan(i), że realizacja tego typu programu była potrzebna?**

🞎Tak 🞎 Nie 🞎 Nie wiem

1. **Czy poleciłby(aby) Pan(i), innym osobom udział w programie szczepień przeciw grypie?**

🞎Tak 🞎 Nie 🞎 Nie wiem

1. **Inne uwagi**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………….

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.*