**Ankieta poziomu wiedzy dotycząca szczepienia przeciwko meningokokom**

**Pre-test**

Proszę podać wiek dziecka w latach i miesiącach: ….. lat …. miesięcy

**Proszę zaznaczyć płeć dziecka: K/ M**

1. **Czy dziecko ma stwierdzone choroby przewlekłe:**
	1. Tak,………………………………………………………………….(proszę wymienić)
	2. Nie
2. **Czy w ostatnim czasie dziecko było hospitalizowane?**
	1. Nie
	2. Tak, w okresie ostatnich 30 dni
	3. Tak, dawniej niż miesiąc temu
3. **Czy dziecko otrzymuje leki mogące wpływać na obniżenie odporności**
	1. Tak,………………………………………………………………….(proszę wymienić)
	2. Nie

**Ankieta**

1. **Jakie są główne drogi szerzenia się zakażenia dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Neiseria meningitidis)?* (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)**
	1. Drogą kropelkową (przez wydzieliny np. kaszel)
	2. Drogą krwiopochodną
	3. Przez kontakt skóra do skóry
	4. Drogą pokarmową
2. **Około 10-25 % osób jest bezobjawowym nosicielem *N. meningitidis*, głównym miejscem bytowania tej bakterii jest**:
	1. Nos
	2. Układ pokarmowy
	3. Powierzchnia skóry całego ciała
	4. Okolica skóry owłosionej głowy
3. **Inwazyjna choroba meningokokowa (IChM), oznacza jakie zakażenia (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)**
	1. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
	2. Zapalenie uogólnione – tzw. sepsa
	3. Zakażenie ucha środkowego
	4. Zakażenie nosa i angina
4. **Jakie grupy osób są najbardziej narażone na zakażenie *N. meningitidis?* (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)**
	1. Dzieci poniżej 5 r.ż.
	2. Osoby dorosłe
	3. Osoby z upośledzoną odpornością, bez względu na wiek
	4. Osoby starsze po 65 r.ż. z chorobami przewlekłymi
5. **Jakie działania można podjąć by zmniejszyć ryzyko zakażenia *N. meningitidis*? (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 zakażenie
6. **Ile dawek szczepionki p/meningokokom należy podać by zakończyć cykl szczepień u dzieci powyżej 12 m.ż.?**
	1. 3 dawki
	2. 2 dawki
	3. 1 dawkę
	4. Zależy od współistnienia chorób przewlekłych
7. **W jakim okresie roku należy podać 1 dawkę szczepionki przeciwko meningokokom?**
	1. Wyłącznie latem
	2. W okresie jesienno-zimowym
	3. Moment zaszczepienia nie ma znaczenia
	4. Zależy od współistnienia chorób przewlekłych
8. **Celem podawania szczepionki p/meningokokom jest? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)**
	1. Obniżenie ryzyka wystąpienia IChM u osób z grup ryzyka
	2. Obniżenie ryzyka przeniesienia choroby (efekt kokonu ochronnego)
	3. Zabezpieczenie osób nie mogących się szczepić, poprzez wszczepienie innych
	4. Zmniejszenie nosicielstwa przez osoby zdrowe.
9. **Do powikłań IChM należą:**
	1. Zgon w przebiegu sepsy
	2. Powikłania neurologiczne
	3. Martwica tkanek, w tym skóry
	4. Przewlekły ból głowy
10. **Do głównych niepożądanych odczynów poszczepiennych po szczepionce p/meningokokom należą:**
	1. Ból i obrzęk w miejscu wkłucia
	2. Podniesiona temperatura ciała
	3. Rozdrażnienie i senność
	4. Bóle mięśni i stawów

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.*