

ANKIETA SATYSFAKCJI

uczestników programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom
meningokokowym w gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024-2025

Szanowni Państwo, ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat realizowanego programu polityki zdrowotnej. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania przebiegu programu.

1. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi podczas rejestracji?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Możliwość kontaktu telefonicznego z przychodnią					
Przekazywanie rzetelnych informacji					
Dostępność terminów					

2. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi podczas wizyty?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie)					
Punktualność					
Zapewnienie prywatności					
Komunikatywność (przekazywanie informacji)					

3. Jak ocenia Pan/Pani poziom edukacji w ramach programu?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Przygotowanie merytoryczne edukatora					
Przystępność przekazywanej wiedzy					
Przydatność zdobytej wiedzy					

4. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o realizowanym programie?

- a. z informacji publikowanych na stronach internetowych,
- b. z informacji w mediach społecznościowych,
- c. z mediów (radio, telewizja, prasa),
- d. z plakatu/ulotki w placówce opiekuńczej,
- e. z informacji przekazanej w placówce opiekuńczej,
- f. z plakatu/ulotki w przychodni,
- g. z informacji przekazanej przez personel przychodni,
- h. od innej osoby,
- i. w inny sposób (proszę określić jaki)

.....
.....

5. Dodatkowe uwagi, opinie, sugestie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dziękujemy za poświęcony czas i udział w programie.

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W SZCZEPIENIU

w ramach programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom
meningokokowym w gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024-2025

Ja, niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko)

oświadczam, że uzyskałem/am wszelkie informacje dotyczące szczepienia przeciw meningokokom
A, C, W-135, Y w ramach programu polityki zdrowotnej oraz otrzymałem/am wyczerpujące,
satisfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział
mojego dziecka

(imię, nazwisko, data urodzenia)

w tym szczepieniu i jestem świadomy/a faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na dalszy
udział w programie polityki zdrowotnej.

.....
Imię i nazwisko

rodzica/opiekuna prawnego

.....
Data i czytelny podpis
rodzica/opiekuna prawnego

REZYGNACJA Z UDZIAŁU

w programie polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w
gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024-2025

Ja, niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko)

oświadczam, że rezygnuję z własnej wolni z udziału mojego dziecka

.....

(imię, nazwisko, data urodzenia)

z udziału w programie polityki zdrowotnej. Oświadczam, że poinformowano mnie o możliwych
konsekwencjach braku szczepienia przeciw meningokokom A, C, W-135, Y.

.....

Imię i nazwisko

rodzica/opiekuna prawnego

Data i czytelny podpis

rodzica/opiekuna prawnego

TEST WIEDZY W ZAKRESIE ZAKAŻEŃ MENINGOKOKOWYCH

programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym
w gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024-2025

☐ Test wypełniany przed przystąpieniem do działań edukacyjnych (pre-test)

☐ Test wypełniany po udziale w działaniach edukacyjnych (post-test)

1. Czym są meningokoki?

- a. Bakteriami
- b. Wirusami
- c. Grzybami
- d. Pasożytami

2. Jakie choroby wywołują meningokoki?

- a. Boreliozę i kleszczowe zapalenie mózgu
- b. Inwazyjną chorobę meningokokową (pod postacią sepsy i/lub zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)
- c. Inwazyjną chorobę pneumokokową (pod postacią sepsy i/lub zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)
- d. Zespół metaboliczny

3. Kto najczęściej choruje na zakażenia meningokokowe?

- a. Dorośli po 30. roku życia
- b. Dorośli po 40. roku życia
- c. Dzieci do 1. roku życia
- d. Dzieci po 10. roku życia

4. Jak można zarazić się meningokokami?

- a. Przez ukąszenie komara
- b. Drogą kropelkową od zwierząt domowych
- c. Drogą kropelkową od innych osób
- d. Po spożyciu zepsutego mięsa

5. Jakie są pierwsze objawy inwazyjnej choroby meningokokowej?
- a. Są niespecyficzne, mogą przypominać inne infekcje
 - b. Zawsze pierwszym objawem jest krwawienie z nosa
 - c. Zawsze pierwszym objawem są trudności z utrzymaniem równowagi, omdlenia
 - d. Inwazyjna choroba meningokokowa nie daje żadnych objawów
6. Jak szybko może rozwinąć się inwazyjna choroba meningokokowa od pierwszych objawów do zagrożenia życia lub zdrowia?
- a. W około 3 dni
 - b. W około 7 dni
 - c. W około 30 dni
 - d. W około 24 godziny
7. Czy inwazyjna choroba meningokokowa może powodować powikłania?
- a. Nie, po wyleczeniu chory wraca do pełni zdrowia
 - b. Nie, inwazyjna choroba meningokokowa zawsze kończy się śmiercią
 - c. Tak, ale tylko krótkotrwałe
 - d. Tak, powikłania mogą być krótko- i długotrwałe, również poważne, wpływające na jakość życia
8. Czy mając bezpośredni kontakt z osobą, u której rozpoznano zakażenie meningokokami należy podjąć jakieś kroki?
- a. Tak, należy skontaktować się z lekarzem i zastosować tzw. profilaktykę poekspozycyjną
 - b. Nie, nie trzeba podejmować żadnych działań
 - c. Należy przyjąć leki przeciwgorączkowe
 - d. Wystarczy suplementować witaminy z grupy B
9. Jaki jest najlepszy sposób profilaktyki przed inwazyjną chorobą meningokokową?
- a. Regularna aktywność fizyczna
 - b. Profilaktyczne badania krwi
 - c. Szczepienia ochronne
 - d. Suplementacja witamin z grupy B
10. Dlaczego zaleca się szczepienia przeciw zakażeniom meningokokowym skoro liczba zachorowań jest niewielka?
- a. Ze względu na ciężki przebieg choroby
 - b. Ze względu na bardzo szybki przebieg choroby
 - c. Ze względu na wysoką śmiertelność
 - d. Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

Oświadczam, że moim miejscem zamieszkania, zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego jest:

.....
.....

(kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Jest to miejscowość, w której stale przebywam z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem mojego życia codziennego, w której skoncentrowane są moje plany życiowe.

.....
Data

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

uczestników „Programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024-2025”.

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. Nr 119 z 4 maja 2016 r., s.1, ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego, z siedzibą mieszczącą się pod adresem: 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, ul. Jan Głogowski 3/5, tel. +48 41 26 72 100 - zwany dalej „Administratorem”.

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl bądź iod@um.ostrowiec.pl lub pisemnie, kierując korespondencję na adres Administratora, podany w pkt 1.

3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu wdrożenia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024 - 2025” spełniając tym samym warunek zgodności przetwarzania danych z prawem, wskazany w art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

4. Pani/Pana dane mogą zostać przekazane następującym kategoriom odbiorców: 1) podmiotom przetwarzającym – osobom fizycznym lub prawnym, organom publicznym, jednostkom lub innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora – w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT; 2) podmiotom lub organom którym Administrator jest ustawowo obowiązany przekazywać dane lub uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa – na przykład organom podatkowym; 3) niezależnym administratorom - operatorom pocztowym, bankom; 4) osobom upoważnionym przez Administratora do przetwarzania danych w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu wskazanego w pkt 3, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt Administratora, ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. *o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach* bądź innych przepisach prawa, które regulują okresy przechowywania danych przetwarzanych w celu wskazanym w pkt 3.

6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do, dotyczących Pani/Pana, danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych – w zakresie i na zasadach określonych przepisami prawa ochrony danych osobowych.

7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), jeżeli sądzi Pani/Pan, że Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania wymaganych danych może być odrzucenie oferty.

