

FORMULARI ENQUESTA

		PACIENT 1	PACIENT 2	PACIENT 3	PACIENT 4	PACIENT 5	PACIENT 6	PACIENT 7	PACIENT 8	
TIPUS DE PACIENT	Persona ≥ 60 anys amb o sense malaltia crònica									
	Persona ≥ 16 i ≤ 59 anys amb malaltia crònica									
TIPUS DE MALALTIA	No té malaltia									
	Malaltia crònica cardiovascular									
	Malaltia crònica neurològica									
	Malaltia crònica pulmonar									
	Malaltia metabòlica									
	Insuficiència renal									
	Hemoglobinopatia, anèmia									
	Asplènia									
	Malaltia hepàtica crònica									
	Malaltia neuromuscular greu									
	Immunosupressió									
	Càncer									
	Disfunció cognitiva									
Altres (Si us plau especifiqueu)										
GÈNERE	HOME									
	DONA									
ACCEDEIX A RESPONDRE?	SÍ									
	NO									
NIVELL D'ESTUDIS	Menys d'educació secundària (o equivalent)									
	Educació secundària (o equivalent)									
	Educació universitària (o equivalent)									
S'HA VACUNAT DE LA GRIP AQUESTA TEMPORADA?	SÍ									
	NO* (marcar motiu)	No creia que fos necessari								
		No tenia temps per vacunar-me								
		No m'agraden les punxades								
		Les vacunes debiliten el sistema immunitari								
		Les vacunes es fan amb ànims de lucre								
		No emmalalteixo de grip								
		La grip no és una malaltia greu								
		Em preocupava engripar-me com a conseqüència de la vacunació								
		Ho tinc contraindicat, pateixo algun procés que m'ho impedeix								
Altres (Si us plau especifiqueu)										
LI VAREM RECOMANAR VACUNAR-SE?	SÍ* (marcar qui)	Metge primària								
		Metge especialista								
		Infermer/a								
		Farmacèutic/a								
	NO									
S'HA VACUNAT DE LA GRIP FA UNA TEMPORADA? (PERÍODE 2016/2017)	SÍ									
	NO									
S'HA VACUNAT DE LA GRIP FA DUES TEMPORADES? (PERÍODE 2015/2016)	SÍ									
	NO									