**OSPEDALI E CLINICHE: QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA COPERTURA VACCINALE DURANTE L’EPIDEMIA DI INFLUENZA 2019/2020**

Struttura:………………………………………………………………………………………………………..

Indirizzo:………………………………………………………………………………………………………..

**1) Raccolta dati durante l’epidemia influenzale 2019/2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Infermieri | Medici | Casi nosocomiali |
| Numero totale |  |  |  |
| Numero di persone vaccinate |  |  |  |

**2) Com’è stata controllata l’applicazione della Direttiva sull’uso delle mascherine?**

- Segno di riconoscimento (adesivo, spilla, ecc.) per il personale vaccinato

□ no □ sì, visibile al paziente □ sì, NON visibile al paziente

- Segno di riconoscimento (adesivo, spilla, ecc.) per il personale NON vaccinato

□ no □ sì, visibile al paziente □ sì, NON visibile al paziente

- Gli operatori non portano nessun segno di riconoscimento

□ no

□ sì, un responsabile è incaricato del controllo dell’utilizzo delle mascherine

□ sì, nessun controllo è applicato

- Altro …………………………………………………………………………………………………………..

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

**3) Come informate il personale sulla vaccinazione contro l’influenza?**

- Informazione al personale tramite riunione □

- Informazione al personale tramite colloquio in forma privata □

- Formazione sulla vaccinazione offerta al personale □

- Materiale informativo sulla vaccinazione messo a disposizione □

**4) Newsletter *ad hoc* per l’epidemia di influenza**

- Ho trovato utile la newsletter inviatami □ no □ sì

- se no, per quale motivo: ………………………………………………………………….

- se avete utilizzato fonti alternative per informazioni sull’epidemia, indicate PF quali: …………………………………………………………………………………………………

- non ho ricevuto la newsletter e non mi interessa □

- non ho ricevuto la newsletter, ma la vorrei ricevere in futuro □

Indicare e-mail…………………………………………………………………………………

**5) Commenti**

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

Data………………………………… Firma…………………………………………………