

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «САКСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»**

296500, г. Саки, ул. Лобозова, 22, тел.: (06563) 2-32-89, тел/факс (06563) 3-04-55

E-mail: post@rbsaki.ru **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Отдел образования администрации Сакского района   |

 С целью повышения уровня информативности населения о преимуществах вакцинопрофилактики инфекционных болезней в Республике Крым, администрация государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Сакская районная больница» просит организовать и провести комплекс мероприятий в рамках проведения ЕНИ-2019.

 Материалы для использования в работе прилагаются.

**Главный врач В.Н. Герасименко**

Цветкова Н.В. +79788109615

**Министерство здравоохранения республики Крым**

**ГБУЗ РК «Центр медицинской профилактики»**

**Анкета для родителей**

**«О вакцинации»**

**Знаете ли Вы, зачем делают прививки?**да;
нет.
**Слышали ли Вы что-либо о Европейской неделе иммунизации?**да;
нет.
**Где Вы слышали об этом мероприятии?**по радио;
по телевидению;
в газетах/ журналах;
прочее (укажите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Как Вы считаете, кому нужны прививки?**ребенку, чтобы не болеть;
врачам для выполнения плана;
никому не нужны.
**Наиболее объективную информацию о прививке можно получить:**
от участкового врача;
из средств массовой информации;
от других родителей;
от знакомого медика.

**Доверяете ли Вы информации о вакцинации, полученной от СМИ?**
да;
нет.
**Прививки у Вашего ребенка:**проводятся только обязательные прививки;
прививки проводятся, но не все (избирательно);
я не прививаю своего ребенка;
не знаю какие прививки проводятся, за этим следит врач.
**Хотелось бы Вам узнать о прививках больше?**
Да
Не вижу в этом необходимости
**Будете ли Вы прививаться сами и, в будущем, прививать своего ребенка?**
да;
нет.

**Почему**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Благодарны Вам за участие и помощь в анкетировании**

**Информация по результатам анкетирования. Кол-во опрошенных:**

а) до18лет

б) 19-40

в) старше 40 лет

**В т.ч.**

а) мужчин

б) женщин

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Отношение к иммунизации | % |
| 1. | Положительное отношение к иммунизации |  |
| 2. | Отрицательное отношение к иммунизации |  |