

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie kwestionariusza dotyczącego zaangażowania jednostki samorządu terytorialnego w realizację szczepień ochronnych przeciwko meningokokom i zaznaczenie wybranej przez Państwa odpowiedzi znakiem X np.



lub wpisanie wymaganych wartości w miejscu do tego wskazanym.

Czekamy na Państwa odpowiedzi wyłącznie w wersji elektronicznej pod adresem: [zdrowie@malopolska.mw.gov.pl](mailto:zdrowie@malopolska.mw.gov.pl)

Uzyskane w ten sposób informacje będą dla nas pomocne przy planowaniu działań w zakresie zdrowia publicznego.

Dziękujemy za życzliwą współpracę

1. Czy Państwo realizują zadania w zakresie szczepień ochronnych przeciwko meningokokom u dzieci od 0-3 lat zamieszkałych na terenie powiatu/miasta na prawach powiatu ?

TAK      NIE – jeżeli wybrali Państwo tą odpowiedź, to proszę przejść do pytania nr 5

2. Jeżeli TAK to proszę podać przeznaczone nakłady:

2016 r. ...., 2017 r. ...., 2018 r. ...., plan na 2019 r. ....

3. Jeżeli TAK to proszę sprecyzować dokładnie dla kogo przeznaczone były szczepienia przeciwko meningokokom (np. dzieci do lat 3 w żłobkach) .....

4. Jeżeli TAK to proszę podać jakiego rodzaju dokument stanowi podstawę realizacji szczepień ochronnych przeciwko meningokokom:

- program oceniony powstały po 31 sierpnia 2009 r. i posiadający opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

TAK – opinia nr ..... z dnia .....      NIE

- inny dokument (jaki ?) .....

5. Ilu mieszkańców ogółem liczyła populacja dzieci na terenie Państwa powiatu/miasta na prawach powiatu według stanu na dzień 31 grudnia 2016 r.:

<i>kategoria</i>	<i>liczebność</i>
dzieci w wieku od 0-3 lat ogółem	
dzieci w wieku od 0-3 lat uczęszczających do żłobków	
dzieci w wieku od 0-3 lat przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych	

6. Czy wyrażają Państwo zainteresowanie przystąpieniem do wspólnej realizacji programu profilaktyki zakażeń meningokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat ?

TAK      NIE

7. Ewentualne dodatkowe informacje, które chcieliby Państwo przedstawić .....

### Informacje o respondencie:

Powiat .....

Gminy na terenie powiatu (proszę wymienić ?) .....

Nazwa komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za wypełnienie kwestionariusza .....

Nr telefonu .....

Miejscowość, data .....