


## Satisfaction vaccination covid

















PID 332





















Actions:  Modify instrument Download PDF of instrument(s) ▼ VIDEO: [Basic data entry](#) My First Instrument

Français

+ Adding new Record ID 1	
Record ID	1
<b>Introduction / Einführung / Introduzione</b>	
Vous venez de recevoir un vaccin contre le COVID dans une pharmacie. Nous aimerions savoir dans quelle mesure vous êtes satisfait/e de ce service et ce qui vous a motivé/e à vous faire vacciner. Merci de prendre 5 à 10 minutes pour compléter ce questionnaire en ligne.	
<b>Satisfaction / Zufriedenheit / Soddisfazione</b>	
Tout d'abord, nous aimerions connaître votre satisfaction à l'égard de ce service. Veuillez évaluer dans quelle mesure les énoncés suivants s'appliquent à vous. Si vous ne pouvez pas répondre à une question, par exemple parce qu'elle ne s'applique pas à votre situation, vous pouvez sélectionner la case "pas de réponse possible".	
Je me sens à l'aise avec le fait de faire la vaccination contre le COVID en pharmacie.	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <span style="float: right;">reset</span>
Je suis satisfait/e de la technique d'injection qui a été pratiquée par le personnel de la pharmacie.	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <span style="float: right;">reset</span>
Je suis satisfait/e de la discussion préliminaire au sujet de la vaccination contre le COVID.	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <span style="float: right;">reset</span>
Je pense que les pharmacies sont bien informées au sujet de la vaccination contre le COVID.	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <span style="float: right;">reset</span>
Je suis satisfait/e des locaux utilisés pour la vaccination contre le COVID.	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <span style="float: right;">reset</span>
Je recommanderais la vaccination contre le COVID en pharmacie.	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <span style="float: right;">reset</span>

<p><b>Je suis satisfait/e du vaccin contre le COVID à disposition.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Je suis satisfait/e de la façon dont le rendez-vous a été pris.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Motivation / Motivation / Motivazioni</b></p>	
<p><b>Dans ce qui suit, nous aimerions connaître les raisons pour lesquelles vous vous êtes fait vacciner contre le COVID. Veuillez évaluer dans quelle mesure les énoncés suivants s'appliquent à vous. Si vous ne pouvez pas répondre à une question, par exemple parce qu'elle ne s'applique pas à votre situation, vous pouvez sélectionner la case "pas de réponse possible".</b></p>	
<p><b>Je veux réduire mon propre risque d'attraper le coronavirus.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Mon travail m'expose à un risque élevé d'attraper le coronavirus.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Je veux éviter de transmettre le coronavirus à d'autres personnes.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Je travaille avec des personnes qui doivent être protégées du coronavirus (p. ex. personnes âgées, malades, résident/es d'EMS).</b></p>	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Je veux être moins limité/e dans ma vie de tous les jours.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Je souhaite pouvoir bientôt à nouveau voyager.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>

<p><b>Je souhaite suivre les recommandations de l'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique).</b></p>	 	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	reset
<p><b>Je serais prêt/e à recevoir une vaccination de rappel annuelle (si nécessaire).</b></p>	 	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	reset
<p><b>Je serais prêt/e à recevoir une vaccination de rappel annuelle (si nécessaire) en pharmacie.</b></p>	 	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	reset
<p><b>J'ai fait un test d'anticorps avant de décider de me faire vacciner.</b></p>	 	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas	reset
<p><b>Si un test était disponible, j'aimerais pouvoir confirmer l'effet de la vaccination avec un test d'anticorps.</b></p>	 	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	reset
<p><b>Raisons de choisir une pharmacie / Gründe für die Wahl einer Apotheke / Motivi della scelta di una farmacia</b></p>			
<p><b>Dans ce qui suit, nous aimerions connaître les raisons pour lesquelles vous avez choisi une pharmacie comme lieu de vaccination. Veuillez évaluer dans quelle mesure les énoncés suivants s'appliquent à vous. Si vous ne pouvez pas répondre à une question, par exemple parce qu'elle ne s'applique pas à votre situation, vous pouvez sélectionner la case "pas de réponse possible".</b></p>			
<p><b>Parce que la pharmacie était le seul point de vaccination à ma disposition.</b></p>	 	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	reset
<p><b>Parce que les heures d'ouverture de la pharmacie me conviennent.</b></p>	 	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	reset
<p><b>Parce que la pharmacie est facilement accessible pour moi (ex: parking, accès aux transports publics).</b></p>	 	<input type="radio"/> Pas de réponse possible <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	reset

<p><b>Parce que j'ai déjà eu des bonnes expériences de la vaccination en pharmacie.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Parce que je n'ai pas de médecin de famille.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Parce que mon/ma médecin n'est pas disponible.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Parce que je fais confiance à la pharmacie.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Pas de réponse possible  <input type="radio"/> Pas du tout d'accord  <input type="radio"/> Pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord  <input type="radio"/> Plutôt d'accord  <input type="radio"/> D'accord  <input type="radio"/> Tout à fait d'accord         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Est-ce que vous auriez aussi fait la vaccination contre le COVID ailleurs, par exemple chez un/e médecin ou dans un centre de vaccination ?</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Je ne sais pas         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Combien de fois avant aujourd'hui vous êtes-vous fait vacciner dans une pharmacie (tous vaccins confondus) ?</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Aujourd'hui, c'était la première fois  <input type="radio"/> 1-2  <input type="radio"/> 3-4  <input type="radio"/> Plus de 4         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Informations générales / Allgemeine Informationen / Informazioni generali</b></p>		
<p><b>Pour terminer, nous aimerions recevoir des informations générales. Cela nous aidera procéder à l'évaluation.</b></p>		
<p><b>Quel est le code postal ou la localité de la pharmacie où vous avez fait le vaccin contre le COVID ?</b></p>	 	<input type="text"/>
<p><b>Quelle est votre civilité?</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Madame  <input type="radio"/> Monsieur  <input type="radio"/> Autre         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Quel âge avez-vous?</b></p>	 	<input type="text"/>
<p><b>Quel est votre niveau d'éducation le plus élevé ?</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Scolarité obligatoire  <input type="radio"/> Niveau secondaire II: formation professionnelle (p. ex. apprentissage)  <input type="radio"/> Niveau secondaire II: enseignement général (p. ex. lycée)  <input type="radio"/> Enseignement et formation professionnels supérieurs (p. ex. école professionnelle supérieure)  <input type="radio"/> Enseignement supérieur (p. ex. université, haute école spécialisée)         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>

<b>Appartenez-vous à un groupe à risque prioritaire pour la vaccination contre le COVID ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Personnes particulièrement vulnérables</li><li><input type="radio"/> Personnel de santé en contact régulier avec des patient/es, proche aidant de personnes particulièrement vulnérables</li><li><input type="radio"/> Personnes en contact étroit avec des personnes particulièrement vulnérables</li><li><input type="radio"/> Adultes de moins de 65 ans dans des installations communautaires présentant un risque accru d'infection et d'épidémie</li><li><input type="radio"/> Non</li><li><input type="radio"/> Je ne sais pas</li></ul> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<b>Quel vaccin avez-vous reçu aujourd'hui ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Pfizer-BioNTech</li><li><input type="radio"/> Moderna</li><li><input type="radio"/> AstraZeneca</li><li><input type="radio"/> Autre</li><li><input type="radio"/> Je ne sais pas</li></ul> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<b>Comment décririez-vous votre couverture vaccinale générale ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Je veux recevoir le moins de vaccins possible</li><li><input type="radio"/> Je veux recevoir la vaccination de base recommandée</li><li><input type="radio"/> Je veux recevoir la vaccination de base recommandée et la vaccination complémentaire</li></ul> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<b>Combien de fois avez-vous été vacciné/e contre la grippe saisonnière au cours des dernières années?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> 0</li><li><input type="radio"/> 1-2</li><li><input type="radio"/> 3-4</li><li><input type="radio"/> Plus de 4</li></ul> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<b>Form Status</b>	
<b>Complete?</b>	<input type="text" value="Incomplete"/>
<p><input type="button" value="Save &amp; Exit Form"/> <input type="button" value="Save &amp; ..."/></p> <p><input type="button" value="-- Cancel --"/></p>	