

## Satisfaction vaccination covid



















PID 332























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

Italiano

+ Adding new Record ID 1	
Record ID	1
<b>Satisfaction / Zufriedenheit / Soddisfazione</b>	
Per cominciare desideriamo conoscere la sua soddisfazione riguardo ai nostri servizi. Per favore valuti in che misura le affermazioni seguenti le corrispondono. Se non può rispondere a una domanda, per esempio perché si riferisce a una situazione che non la riguarda, scelga "risposta non possibile".	
<b>Mi sento a mio agio con la vaccinazione anti-COVID in farmacia.</b>	<input type="radio"/> Risposta non possibile <input type="radio"/> Assolutamente falso <input type="radio"/> Perlopiù falso <input type="radio"/> Piuttosto falso <input type="radio"/> Piuttosto vero <input type="radio"/> Perlopiù vero <input type="radio"/> Assolutamente vero
	<a href="#">reset</a>
<b>La tecnica d'iniezione in farmacia mi soddisfa.</b>	<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
	<a href="#">reset</a>
<b>La discussione avuta prima della vaccinazione anti-COVID mi soddisfa.</b>	<input type="radio"/> Risposta non possibile <input type="radio"/> Assolutamente falso <input type="radio"/> Perlopiù falso <input type="radio"/> Piuttosto falso <input type="radio"/> Piuttosto vero <input type="radio"/> Perlopiù vero <input type="radio"/> Assolutamente vero
	<a href="#">reset</a>
<b>Penso che le farmacie sono bene informate sulla vaccinazione anti-COVID.</b>	<input type="radio"/> Risposta non possibile <input type="radio"/> Assolutamente falso <input type="radio"/> Perlopiù falso <input type="radio"/> Piuttosto falso <input type="radio"/> Piuttosto vero <input type="radio"/> Perlopiù vero <input type="radio"/> Assolutamente vero
	<a href="#">reset</a>
<b>I locali in cui si pratica la vaccinazione anti-COVID mi soddisfano.</b>	<input type="radio"/> Risposta non possibile <input type="radio"/> Assolutamente falso <input type="radio"/> Perlopiù falso <input type="radio"/> Piuttosto falso <input type="radio"/> Piuttosto vero <input type="radio"/> Perlopiù vero <input type="radio"/> Assolutamente vero
	<a href="#">reset</a>
<b>Raccomanderei la vaccinazione anti-COVID in farmacia.</b>	<input type="radio"/> Risposta non possibile <input type="radio"/> Assolutamente falso <input type="radio"/> Perlopiù falso <input type="radio"/> Piuttosto falso <input type="radio"/> Piuttosto vero <input type="radio"/> Perlopiù vero <input type="radio"/> Assolutamente vero
	<a href="#">reset</a>
<b>Il vaccino anti-COVID disponibile mi soddisfa.</b>	<input type="radio"/> Risposta non possibile <input type="radio"/> Assolutamente falso <input type="radio"/> Perlopiù falso <input type="radio"/> Piuttosto falso <input type="radio"/> Piuttosto vero <input type="radio"/> Perlopiù vero <input type="radio"/> Assolutamente vero
	<a href="#">reset</a>

<p><b>I modo in cui si è stabilito l'appuntamento mi soddisfa.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Motivation / Motivation / Motivazioni</b></p>	
<p><b>Tramite le domande seguenti vorremmo conoscere le sue motivazioni per la vaccinazione anti-COVID . Per favore valuti in che misura le affermazioni seguenti le corrispondono. Se non può rispondere a una domanda, per esempio perché si riferisce a una situazione che non la riguarda, scelga "risposta non possibile".</b></p>	
<p><b>Desidero ridurre il rischio di infettarmi con il coronavirus.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Il mio lavoro mi espone a un alto rischio di contagio con il coronavirus.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Desidero proteggere altre persone dal rischio di essere contagiate con il coronavirus da me.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Lavoro con persone che devono essere protette da un rischio di contagio con il coronavirus (per es. anziani, malati, residenti in strutture di ricovero ).</b></p>	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Desidero meno limitazioni nella vita quotidiana.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Desidero poter ricominciare presto a viaggiare.</b></p>	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Desidero seguire le raccomandazioni dell'UFSP (Ufficio Federale della Sanità Pubblica).</b></p>	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>

<p><b>Sarei disposto/a a ricevere una vaccinazione di richiamo annuale se fosse necessaria.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Sarei disposto/a a ricevere una vaccinazione di richiamo annuale (se fosse necessaria) in farmacia.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Prima di decidere di vaccinarsi ho fatto un test degli anticorpi.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Sì  <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> Non lo so         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Se un test fosse disponibile, mi piacerebbe poter confermare l'efficacia della vaccinazione con un test degli anticorpi.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Raisons de choisir une pharmacie / Gründe für die Wahl einer Apotheke / Motivi della scelta di una farmacia</b></p>		
<p><b>Tramite le domande seguenti vorremmo sapere per quali motivi ha scelto una farmacia per la vaccinazione. Per favore valuti in che misura le affermazioni seguenti le corrispondono. Se non può rispondere a una domanda, per esempio perché si riferisce a una situazione che non la riguarda, scelga "risposta non possibile".</b></p>		
<p><b>Perché avevo solo la farmacia a disposizione per la vaccinazione.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Perché gli orari d'apertura della farmacia mi convengono.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Perché la farmacia mi è di facile accesso (per es. disponibilità di parcheggi, vicinanza di trasporti pubblici).</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Perché ho già avuto delle buone esperienze con vaccinazioni in farmacia.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>
<p><b>Perché non ho un medico/una medica di famiglia.</b></p>	 	<p> <input type="radio"/> Risposta non possibile  <input type="radio"/> Assolutamente falso  <input type="radio"/> Perlopiù falso  <input type="radio"/> Piuttosto falso  <input type="radio"/> Piuttosto vero  <input type="radio"/> Perlopiù vero  <input type="radio"/> Assolutamente vero         </p> <p style="text-align: right;"><a href="#">reset</a></p>

<p><b>Perché il mio medico/la mia medica non è disponibile.</b></p>	 	<input type="radio"/> Risposta non possibile <input type="radio"/> Assolutamente falso <input type="radio"/> Perlopiù falso <input type="radio"/> Piuttosto falso <input type="radio"/> Piuttosto vero <input type="radio"/> Perlopiù vero <input type="radio"/> Assolutamente vero	<a href="#">reset</a>
<p><b>Perché ho fiducia nella farmacia.</b></p>	 	<input type="radio"/> Risposta non possibile <input type="radio"/> Assolutamente falso <input type="radio"/> Perlopiù falso <input type="radio"/> Piuttosto falso <input type="radio"/> Piuttosto vero <input type="radio"/> Perlopiù vero <input type="radio"/> Assolutamente vero	<a href="#">reset</a>
<p><b>Avrebbe potuto farsi vaccinare contro il COVID anche altrove, per es. presso un medico/una medica o in un centro di vaccinazione?</b></p>	 	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non lo so	<a href="#">reset</a>
<p><b>Quante volte si è già vaccinata in una farmacia (incluse altre vaccinazioni)?</b></p>	 	<input type="radio"/> Questa volta è stata la prima <input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-4 <input type="radio"/> Più di 4	<a href="#">reset</a>
<p><b>Informations générales / Allgemeine Informationen / Informazioni generali</b></p>			
<p><b>Per finire vorremmo raccogliere delle informazioni generali che ci permetteranno di stabilire delle connessioni.</b></p>			
<p><b>Qual è il codice postale o la località della farmacia in cui ha ricevuto il vaccino anti-COVID?</b></p>	 	<input type="text"/>	
<p><b>Qual è il suo appellativo ?</b></p>	 	<input type="radio"/> Signora <input type="radio"/> Signor <input type="radio"/> Altro	<a href="#">reset</a>
<p><b>Qual è la sua età?</b></p>	 	<input type="text"/>	
<p><b>Qual è il suo grado di formazione massimo?</b></p>	 	<input type="radio"/> Scuola dell'obbligo <input type="radio"/> Scuola secondaria II: formazione professionale (per es. apprendistato) <input type="radio"/> Scuola secondaria II: formazione generale (per es. liceo) <input type="radio"/> Formazione professionale superiore (per es. scuola tecnica superiore) <input type="radio"/> Scuola universitaria (per es. università, università professionale)	<a href="#">reset</a>
<p><b>Fa parte di un gruppo a rischio prioritario per la vaccinazione anti-COVID?</b></p>	 	<input type="radio"/> Persone particolarmente a rischio <input type="radio"/> Personale sanitario a contatto con pazienti, personale addetto all'assistenza di persone particolarmente a rischio <input type="radio"/> Contatti stretti con persone particolarmente a rischio <input type="radio"/> Adulti di meno di 65 anni residenti in istituzioni con alto rischio di contagio o di diffusione di COVID-19 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non lo so	<a href="#">reset</a>
<p><b>Quale vaccino ha ricevuto oggi?</b></p>	 	<input type="radio"/> Pfizer-BioNTech <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> AstraZeneca <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Je ne sais pas	<a href="#">reset</a>
<p><b>Come definirebbe la sua copertura vaccinale?</b></p>	 	<input type="radio"/> Vorrei ricevere il minor numero possibile di vaccinazioni <input type="radio"/> Vorrei ricevere le vaccinazioni di base raccomandate <input type="radio"/> Vorrei ricevere le vaccinazioni di base e le vaccinazioni complementari raccomandate	<a href="#">reset</a>

<b>Quante volte si è vaccinata contro l'influenza stagionale negli scorsi anni?</b>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-4 <input type="radio"/> Più di 4	<a href="#">reset</a>
<b>Form Status</b>		
<b>Complete?</b>	<input type="button" value="H"/> <input type="button" value="M"/> Incomplete ▼	
<input type="button" value="Save &amp; Exit Form"/> <input type="button" value="Save &amp; ..."/>		
<input type="button" value="-- Cancel --"/>		