

QUESTIONNAIRE LIÉ À LA VACCINATION ANTI GRIPPALE PAR LES PHARMACIES ET LES INFIRMIERS(ES) LIBÉRAUX DU SECTEUR

- *Participerez-vous à la campagne de vaccination anti grippale ?*
- *Oui.*
 - *Non*
- *Si les autres pharmacies du secteur vaccinent, le ferez-vous ?*
- *Oui*
 - *Non*
 - *Pourquoi ?* :
- *Avez-vous des locaux adaptés pour effectuer le soin, la surveillance, le devoir de conseil, la tenue du dossier de soins, la confidentialité ... ?*
- *Oui*
 - *Non*
 - *Précisez* :
- *Tiendrez-vous un dossier de soins avec la traçabilité de l'acte, l'identité du patient, ses antécédents ... ?*
- *Oui*
 - *Non*
 - *Précisez* :
- *Comment allez-vous organiser la campagne de vaccination ? (Permanence, à la demande, embauche en période de campagne... ?)*

.....
...

- *Qui a été formé dans votre officine ?*
- *Où cette personne a t- elle été formée ?*
- *Combien de temps de formation ?*
- *Quel type de formation ?*

Cette personne a-t-elle ou doit-elle souscrire une assurance professionnelle liée aux actes et aux conséquences éventuelles ?

- *Oui.*
- *Non*
- *Qui doit la souscrire ?*

- Connaissez-vous les critères d'inclusion/ d'exclusion à la vaccination ?
- Oui
 - Non
 - Lesquels ?
- Quel type de patient pensez-vous vacciner ?
-
- Proposerez-vous un partenariat avec les infirmiers(es) libéraux du secteur lors de la campagne de vaccination ? Permanence ...
- Oui
 - Non
- Conseillerez-vous de se rapprocher des infirmiers(es) du secteur ?
- Oui
 - Non
 - Pourquoi ?
- Sériez- vous prêt à signer un accord de renonciation de vaccination avec les infirmiers (es) du secteur ?
- Oui
 - Non

Quel(s) intérêt(s) supplémentaire(s). Apporte(nt) la vaccination à votre officine ?
(Charge de travail, nouvelle clientèle ... ?)

.....

....

- Qui a rempli ce questionnaire ? (Fonction)

Merci d'avoir pris le temps nécessaire à remplir ce questionnaire qui
restera anonyme Désirez-vous un retour sur les résultats obtenus après
traitements des données ?

Oui Non