

NOMBRE _____ **CIAS** _____ **Fecha cumplimentación** ____/____/____

Parte 1. Características de la persona vacunada y sus progenitores

Datos personales del niño/a vacunado/a

CIPA	_____
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	____/____/____
Sexo	☐ Hombre, ☐ Mujer
País de nacimiento	☐ España: ☐ Otro, ¿cuál? _____

Antecedentes del niño/a vacunado/a

Vacunado frente a gripe en temporada anterior 2025/2026	☐ No ☐ Sí, ¿cuál? ☐ Con vacuna intranasal ☐ Con vacuna intramuscular
¿Ha pasado alguna vez la gripe?	☐ No, ☐ Sí, ☐ No lo sé
Pertenece a algún grupo de riesgo de la campaña	☐ No, ☐ Sí
Padece alguna enfermedad crónica	☐ No, ☐ Sí, ¿cuál? _____
¿Está expuesto al humo del tabaco en el domicilio familiar?	☐ No, ☐ Sí
Hizo lactancia materna	☐ No ☐ Sí, ¿cuánto? ☐ Menos de 1 mes (respuesta única) ☐ De 1 a 5 meses ☐ De 6 a 12 meses ☐ Más de 1 año
Acude actualmente a guardería	☐ No, ☐ Sí
Tiene el resto de las vacunas del calendario al día	☐ No, ☐ Sí

Datos de la vacunación

Fecha de vacunación (DD/MM/AAAA)	____/____/____
Tipo de vacuna	☐ Intranasal ☐ Intramuscular, ¿dónde? ☐ Deltoides ☐ Muslo
Número de dosis	☐ Primera dosis ☐ Segunda dosis
¿Vacunado con vacuna distinta del grupo diana al que pertenece? (intramuscular para 6 a 23 meses e intranasal para 24 meses a 11 años)	☐ No ☐ Sí, ¿por qué? ... ☐ Decisión del profesional (respuesta única) ☐ Decisión de los progenitores ☐ Contraindicación al tipo de vacuna ☐ Otros, ¿cuáles? _____
Se administra otra vacuna además de la gripe el mismo día	☐ No, ☐ Sí
Presencia de síntomas agudos o fiebre en los 7 días previos a la vacunación	☐ No, ☐ Sí
Se le ha administrado al niño/a un antitérmico antes de la vacunación (profiláctico)	☐ No, ☐ Sí

Datos personales del padre/madre o tutor legal

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	____/____/____
Sexo	☐ Hombre, ☐ Mujer
País de nacimiento	☐ España: ☐ Otro, ¿cuál? _____
Nivel de estudios	☐ Sin estudios (respuesta única) ☐ Primaria o equivalente ☐ Secundaria o equivalente ☐ Universitarios/grado
Situación laboral	☐ En activo (respuesta única) ☐ Desempleado/a ☐ Jubilado/retirado/incapacidad ☐ Estudiante ☐ Tareas del hogar ☐ Otra

Antecedentes del padre/madre o tutor legal

Padece alguna enfermedad crónica	☐ No, ☐ Sí, ¿cuál? _____
¿Ha pasado alguna vez la gripe?	☐ No, ☐ Sí, ☐ No lo sé
Se ha vacunado alguna vez frente a la gripe	☐ No, ☐ Sí

Percepción de la importancia de la vacunación

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuánto de frecuente cree que es la gripe (1 nada frecuente; 10 muy frecuente)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cómo de grave cree que es la gripe (1 nada grave; 10 muy grave)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cree que la vacuna de la gripe es importante?							☐ No, ☐ Sí, ☐ No lo sé			
¿Cree que la vacuna de la gripe es segura?							☐ No, ☐ Sí, ☐ No lo sé			
¿Cree que la vacuna de la gripe es efectiva?							☐ No, ☐ Sí, ☐ No lo sé			
Qué motivos le han llevado a vacunar al niño/a (respuesta múltiple)	☐ Me lo recomendó mi pediatra/enfermera ☐ Para proteger al niño/a ☐ Para proteger al entorno familiar ☐ Para evitar complicaciones de la enfermedad ☐ Para evitar ausencias en el trabajo o en la escuela ☐ Creo que es una vacuna segura y eficaz ☐ Me da seguridad que esté incluida en el calendario de vacunación ☐ Por la facilidad de administración intranasal ☐ Otros, ¿cuáles?									

Conocimientos sobre la campaña y propuestas de mejora

Considera que la información recibida antes de la vacunación fue suficiente (respecto a la campaña o a la vacuna)	☐ No, ¿por qué? ☐ Sí
Sabía que es una vacuna incluida en calendario oficial	☐ No, ☐ Sí
Cómo supo que podía vacunar a su hijo/a de gripe (respuesta múltiple)	☐ Por el pediatra o la enfermera del niño/a u otro profesional sanitario ☐ Por el centro escolar ☐ Lo busqué por iniciativa propia ☐ Boca a boca ☐ Medios de comunicación (periódicos/radio...) ☐ Otros, ¿cuáles?
Para niños de >23 meses: ¿La posibilidad de utilizar una vacuna intranasal influyó en su decisión de vacunar?	☐ No, ☐ Sí
Cómo mejoraría la campaña para la próxima temporada (respuesta múltiple)	☐ Aumentando horarios vacunación (tarde/ fin de semana...) ☐ Aumentando los lugares vacunación ☐ Eliminando necesidad cita previa (aparecer y vacunar) ☐ Mejorando la información facilitada por pediatra/enfermera ☐ Realizando la vacunación en el centro escolar ☐ Otros, ¿cuáles?

Parte 2. Seguimiento a los siete días tras la vacunación

Datos sobre efectos adversos

Fecha de seguimiento (DD/MM/AAAA)				___/___/___
Presencia de efectos adversos		☐ No ☐ Sí		
		Inicio (respuesta única)	☐ Inmediato (<4 horas) ☐ En la primera semana	
		Duración (respuesta única)	☐ Menos de 1 día ☐ 1 día ☐ 2 días ☐ 3 días o más	
		Gravedad (respuesta única)	☐ Leve (dura < 3 días y no interfiere con las actividades normales del niño/a) ☐ Moderado (< 3 días pero altera vida diaria) ☐ Significativo (≥ 3 días y/o requiere atención médica)	
		Interferencia ... (respuesta única)	☐ Altera vida diaria ☐ No interfiere con las actividades normales del niño/a	
Tipo de síntomas (respuesta múltiple)	☐ Rinorrea o secreción nasal	☐ Dolor localizado	☐ Induración localizada (duro)	
	☐ Malestar general	☐ Hemorragia nasal	☐ Sudoración	
	☐ Fiebre baja/alta	☐ Erupción cutánea (rash)	☐ Dolor articular	
	☐ Pérdida o disminución de apetito	☐ Fatiga	☐ Escalofríos	
	☐ Dolor muscular	☐ Enrojecimiento localizado	☐ Anafilaxia	
	☐ Dolor de cabeza	☐ Hinchazón localizada (blando)	☐ Otros	
¿Requirió consulta con un profesional sanitario?				☐ No, ☐ Sí
¿Requirió algún tratamiento?				☐ No, ☐ Sí
¿Requirió hospitalización?				☐ No, ☐ Sí
¿Se ha recuperado?				☐ No, ☐ Sí

Datos sobre satisfacción e intención próxima vacunación

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Está satisfecho con la campaña de vacunación?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(1 nada satisfecho; 10 muy satisfecho)										
¿Cómo valora la vía de administración?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(1 nada positiva; 10 muy positiva)										
Vacunaría el próximo año al niño/a	☐ No, ¿por qué?		☐ Dificultad logística (horario vacunación, lejanía, etc.)							
	(respuesta múltiple)		☐ Con una dosis en la vida es suficiente							
			☐ Tengo dudas sobre su seguridad							
			☐ Tengo dudas sobre su eficacia							
			☐ Rechazo de la vía intranasal/intramuscular							
			☐ Otro, ¿cuál?							
	☐ Sí, ¿con qué vacuna?		☐ Intranasal							
	(respuesta única)		☐ Intramuscular							
			☐ No tengo preferencias							
	☐ No lo sé									
Recomendaría a amigos o familiares vacunar a sus hijos/as	☐ No, ¿por qué?									
			☐ Sí							
			☐ No lo sé							
Observaciones										