

	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?										
¿Cree que la vacuna de la gripe es segura?										
¿Cree que la vacuna de la gripe es efectiva?										
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 , ¿por qué? (respecto a la campaña o a la vacuna)	
Sabía que es una vacuna incluida en calendario oficial	
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?	
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 Inicio (respuesta única)	
Duración (respuesta única)	
Gravedad (respuesta única)	
Interferencia ... (respuesta única)	
Tipo de síntomas (respuesta múltiple)	☐ Rinorrea o secreción nasal ☐ Malestar general ☐ Fiebre baja/alta ☐ Pérdida o disminución de apetito ☐ Dolor muscular ☐ Dolor de cabeza
	☐ Dolor localizado ☐ Hemorragia nasal ☐ Erupción cutánea (rash) ☐ Fatiga ☐ Enrojecimiento localizado ☐ Hinchazón localizada (blando)
	☐ Induración localizada (duro) ☐ Sudoración ☐ Dolor articular ☐ Escalofríos ☐ Anafilaxia ☐ Otros
¿Requirió consulta con un profesional sanitario?	
¿Requirió algún tratamiento?	
¿Requirió hospitalización?	
¿Se ha recuperado?	

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 , ¿por qué? (respuesta múltiple)	☐ Dificultad logística (horario vacunación, lejanía, etc.) ☐ 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?									
¿con qué vacuna? (respuesta única)										
Recomendaría a amigos o familiares vacunar a sus hijos/as , ¿por qué?										
Observaciones										