

ENCUESTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA PARA COMPROBAR EL ESTADO DE VACUNACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS VACUNAS FRENTE A SARS-CoV2	ONLINE SURVEY OF THE COUNCIL OF THE SPANISH SOCIETY OF NEPHROLOGY TO ASSESS THE ACCEPTANCE AND SAFETY OF THE SARS-CoV2 VACCINES
Sexo: 1. Hombre 2. Mujer	Sex: 1. Male 2. Female
Edad (en años)	Age (years)
Lugar de trabajo: 1. Hospital 2. Centro de diálisis 3. Ambos	Place of work: 1. Hospital 2. Dialysis centre 3. Both
¿En qué Comunidad Autónoma trabaja? (especificar)	Is which autonomous community do you work? (explain)
¿Ha recibido la vacuna de la Covid-19? 1. Sí 2. No	Have you been vaccinated against Covid-19? 1. Yes 2. No
En caso negativo indique la razón: 1. Decisión propia 2. No ha sido citado 3. Contraindicación 4. Otros (especificar)	If not, explain the reasons 1. Personal decision 2. Lack of appointment 3. Contraindication 4. Others (explain)

----- **A PARTIR DE AQUÍ, SÓLO RELLENAR SI HA SIDO VACUNADO**-----

----- **AFTER THIS POINT, ONLY FOR VACCINATED NEPHROLOGISTS**-----

¿Ha pasado la COVID-19? 1. Sí 2. No	Did you have prior Covid-19? 1. Yes 2. No
¿Cuánto tiempo pasó entre la Covid-19 y la vacunación? (meses)	How long did you have Covid-19 prior vaccination? (months)
¿Qué vacuna ha recibido?	What type of vaccine did you received?

1. Pfizer-Biontech 2. Moderna 3. Astra-Zeneca	1. Pfizer-Biontech 2. Moderna 3. Astra-Zeneca
¿Ha recibido la vacunación completa? 1. Sí 2. No	Have you been fully vaccinated? 1. Yes 2. No
En caso negativo, ¿por qué razón? 1. Infección por Covid-19 intercurrente 2. Problemas de dispensación 3. Otros (especificar)	If not, why? 1. Covid-19 intercurrent infection 2. Lack of appointment 3. Other (explain)
Ha tenido efectos adversos en la PRIMERA dosis de la vacuna (seleccionar TODAS LAS QUE PRECISE) 1. Reacción local 2. Fiebre 3. Escalofríos 4. Mialgias 5. Cefalea 6. Astenia 7. Diarrea 8. Vómitos 9. Adenopatías 10. Otros (especificar)	Did you have any adverse event with the FIRST dose (select as much as you need): 1. Local reaction 2. Fever 3. Chills 4. Myalgia 5. Headache 6. Tiredness 7. Diarrhea 8. Vomits 9. Lymphadenopathy 10. Others (explain)
Ha tenido efectos adversos en la SEGUNDA dosis de la vacuna (<u>seleccionar TODAS LAS QUE PRECISE</u>) 1. Reacción local 2. Fiebre 3. Escalofríos 4. Mialgias 5. Cefalea 6. Astenia 7. Diarrea 8. Vómitos 9. Adenopatías 10. Otros: especificar	Did you have any adverse event with the SECOND dose (select as much as you need): 1. Local reaction 2. Fever 3. Chills 4. Myalgia 5. Headache 6. Tiredness 7. Diarrhea 8. Vomits 9. Lymphadenopathy 10. Others (explain)
¿Ha precisado baja médica por los efectos adversos? 1. Sí 2. No	Did you need a sick leave due to the adverse events? (yes/no) 1. Yes 2. No