

Take Charge CCDPH Participant Post-Survey (Arabic)

يتم الإكمال في آخر جلسة للبرنامج

لاستخدام المسؤول فقط:

معرف هوية المشارك: يمكن للميسر أو موظفي البرنامج إكمال هذا الجزء من النموذج ووضع علامة على الرقم التسلسلي للمشارك على الاسم في نموذج الحضور.

اختصار الولاية: _____ (مثل، NY (نيويورك)، VA (فرجينيا)، MA (ماساتشوستس)، إلخ.)

أول أربع حروف من اسم الموقع: _____

تاريخ بدء البرنامج: _____ / _____ / _____ (على سبيل المثال: 12 01 19)

رقم المشارك: _____ (على سبيل المثال: 01، 02، 03، إلخ.)

1. بصفة عامة، كيف تصف صحتك:

ممتازة جيدة جداً جيدة متوسطة ضعيفة

2. ما مدى تأكدك من قدرتك على إدارة حالتك حتى تتمكن من عمل الأشياء التي تحتاج وتريد أن تفعلها؟

غير متأكد تماماً 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 متأكد تماماً

3. كم عدد المرات التي تشعر فيها بالوحدة أو العزلة عن المحيطين بك؟

دائماً كثيراً أحياناً نادراً أبداً