

Admin Use Only: The facilitator or program staff should complete this part of the form.

Participant Number or Name: _____

Workshop ID: _____ Site Name: _____

Start date of program: _____ / _____ / _____ (e.g., 05/01/23)

Program Name:

Active Choices

1. بصفة عامة، كيف تصف صحتك:
 ممتازة جيدة جدًا جيدة مقبولة ضعيفة

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

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

3. كم عدد المرات التي تشعر فيها بالوحدة؟
 دائمًا غالبًا أحيانًا نادرًا مطلقًا

4. كم عدد المرات التي تشعر فيها بالعزلة عن المحيطين بك؟
 دائمًا غالبًا أحيانًا نادرًا مطلقًا

5. منذ بداية البرنامج، ماذا فعلت لإدارة الحالة (الحالات) المرضية المزمنة التي تعاني منها؟ حدد كل ما ينطبق

- تحدثت إلى أحد أفراد العائلة أو صديق حول صحتي
 تحدثت إلى أحد مقدمي الرعاية الصحية حول الطريقة التي يمكن أن أدير بها الحالة المرضية المزمنة التي أعاني منها بشكل أفضل
 تمت مراجعة أدويتي من قبل مقدم رعاية صحية أو صيدلي
 بدأت أو واصلت ممارسة الرياضة
 أجريت تغييرات على كيفية اختيار الطعام الذي أتناوله
 شاركت أو أخطط للمشاركة في برنامج آخر متعلق بالصحة أو ممارسة الرياضة في مجتمعي

6. كيف تقيم مدى رضاك العام عن جودة البرنامج؟
 غير راضٍ أبدًا غير راضٍ لا بأس راضٍ راضٍ جدًا

7. Since this program began, I have applied the skills I learned in this program to: **Check all that apply.**

<input type="checkbox"/>	Manage emotions like stress, depression, anger, fear, or frustration
<input type="checkbox"/>	Manage pain, fatigue, or other symptoms of my chronic condition(s)
<input type="checkbox"/>	Increase my strength, flexibility, endurance, or overall physical fitness
<input type="checkbox"/>	Make a medication list that includes all current medications, dosages, and dates started
<input type="checkbox"/>	Solve a problem or issue I was experiencing in my life
<input type="checkbox"/>	Help someone else use a technique I learned in this program

8. How likely is it that you would recommend this program to a friend or family member?

Not at all likely 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremely likely

9. Would you be willing to share your story to help other people gain access to these programs?

Yes No

10. What was most valuable to you in this program?

11. Please provide any thoughts or feedback about the program leader(s):
