

**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. सामान्य तौर पर, क्या आप कहेंगे कि आपका स्वास्थ्य है:

उत्कृष्ट  बहुत अच्छा  अच्छा  ठी  खराब

2. आप इस बात से कितने आश्चर्य हैं कि आप अपनी समस्या का समाधान कर सकते हैं ताकि आप अपनी ज़रूरत की या ऐसी चीज़ें कर सकें जो आप करना चाहते हैं?

पूरा तरह से सुनिश्चित नहीं 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 पूरा तरह से सुनिश्चित

3. आप कितनी बार अकेलापन महसूस करते हैं?

हमेशा  अक्सर  कभी-कभी  शायद ही कभी  कभी नहीं

4. कितनी बार आपको ऐसा लगता है कि आपको आस-पास के लोगों से अलग-थलग कर दिया गया है?

हमेशा  अक्सर  कभी-कभी  शायद ही कभी  कभी नहीं

5. जब से यह प्रोग्राम शुरू हुआ, आपने अपनी पुरानी बीमारियों का समाधान करने के लिए क्या किया है? **लागू होने वाले सभी को चेक करें**

- अपने स्वास्थ्य के बारे में परिवार के किसी सदस्य या दोस्त से बात की
- स्वास्थ्य सेवा प्रदाता से इस बारे में बात की कि मैं अपनी पुरानी बीमारी का बेहतर समाधान किस तरह कर सकता हूँ
- क्या किसी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता या फार्मासिस्ट ने मेरी दवाओं की जांच की थी
- व्यायाम करना शुरू किया या जारी रखा
- मैं जो खाता हूँ उसे चुनने के तरीके में बदलाव किया
- अपने समुदाय में अन्य स्वास्थ्य संबंधी या व्यायाम प्रोग्राम में भाग लिया या भाग लेने की योजना बनाई

6. आप प्रोग्राम की गुणवत्ता के साथ अपनी समग्र संतुष्टि को कैसे रेट करेंगे?

अत्यंत असंतुष्ट  असंतुष्ट  ठीक  संतुष्ट  आधिक संतुष्ट

---

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):

---

---

---