

## Take Charge Pre-Survey (Arabic) CCDPH Participant Information Form

### اسم البرنامج

### استبيان معلومات المشارك

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)، إلخ)  
أول أربع حروف من اسم الموقع: \_\_\_\_\_  
تاريخ بدء البرنامج: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (على سبيل المثال: 19/01/12)  
رقم المشارك: \_\_\_\_\_ (على سبيل المثال: 01، 02، 03، إلخ).

1. هل اقترح طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر أن تحضر هذا البرنامج؟  
 نعم  لا
2. كم عمرك اليوم؟ \_\_\_\_\_ سنة
3. هل أنت:  ذكر أم  أنثى؟
4. هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني؟  نعم  لا
5. ما هو عرقك؟ ضع علامة على كل ما ينطبق.  
 أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين  
 آسيوي  
 أسود أو أمريكي إفريقي  
 من سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادي الأخرى  
 أبيض
6. هل أنت أصم أو تعاني من صعوبة بالغة في السمع؟  نعم  لا
7. هل أنت كفيف أو تعاني من صعوبة بالغة في الإبصار، حتى مع ارتداء النظارة؟  
 نعم  لا
8. هل تعيش وحدك؟  نعم  لا
9. ما هي أعلى درجة تعليمية أو سنة دراسية أكملت؟  
 قدر من التعليم الابتدائي أو الإعدادي أو الثانوي  
 خريج الثانوية أو شهادة الثانوية العامة GED  
 كلية ما أو مدرسة فنية  
 كلية مدتها 4 سنوات أو أكثر
10. هل سبق لك تأدية الخدمة العسكرية؟  نعم  لا

## Take Charge Pre-Survey (Arabic) CCDPH Participant Information Form

11. خلال العام الماضي، هل قدمت رعاية أو مساعدة منتظمة إلى صديق أو شخص في العائلة يعاني من مشكلة صحية طويلة الأمد أو إعاقة؟  نعم  لا

12. بصفة عامة، كيف تصف صحتك:  
 ممتازة  جيدة جداً  جيدة  متوسطة  ضعيفة

13. هل أخبرك مقدم رعاية صحية من قبل أنك مصاب بأي من الحالات المزمنة التالية؟

لا	نعم	لا	نعم
		اضطراب القلق	الأم مزمنة
		ارتفاع نسبة الكوليسترول	مرض الكلى
		داء الربو/انتفاخ الرئة/مرض تنفسي أو رئوي مزمن آخر	هشاشة العظام (انخفاض كثافة العظام)
		السرطان أو ناجي من مرض السرطان	السمنة
		ارتفاع ضغط الدم	فُصام أو اضطراب ذهاني آخر
		الاكتئاب	الجلطة
		داء السكري (ارتفاع نسبة السكر في الدم)	داء التهاب المفاصل/الروماتيزم
		مرض قلبي	حالة مزمنة أخرى

14. نتيجة حالة مرضية بدنية أو عقلية أو نفسية، هل تعاني من:

صعوبة بالغة في التركيز أو التذكر أو اتخاذ القرارات؟

نعم  لا

صعوبة في القيام بالمهام لوحده، مثل زيارة عيادة الطبيب أو التسوق؟

نعم  لا

15. صعوبة بالغة في المشي أو صعود السلالم؟  نعم  لا

16. صعوبة في ارتداء الملابس أو الاستحمام؟  نعم  لا

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

دائماً  كثيراً  أحياناً  نادراً  أبداً

## Take Charge Pre-Survey (Arabic) CCDPH Participant Information Form

18. ما مدى تأكيدك 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