

## Active Choices Participant Pre-Survey (Arabic)

**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. How did you hear about this class?

Physician or member of my healthcare team

Insurance Company

Community Organization

Care Coordinator

Family member/friend

Flyer

Facebook

Instagram

Twitter

Other social media

Health fair/ community event

Congregate/ home delivered meal notification

Information Session/ presentation

Email

Newsletter/ mass communication

Print ad/ newspaper

Radio/ pod cast

Religious Institution

Other: \_\_\_\_\_

2. هل اقترح طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر أن تحضر هذا البرنامج؟  نعم  لا

3. كم عمرك اليوم؟ \_\_\_\_\_ سنوات

4. هل تعيش وحدك؟  نعم  لا

5. هل أنت من أصل هسباني، أو لاتيني، أو إسباني؟  نعم  لا

6. ما هو عرقك؟ حدد كل ما ينطبق.

أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين

من أصل آسيوي

من أصل أسود أو أمريكي أفريقي

من سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادي

من أصل أبيض

من أصل عرقي آخر (يرجى التحديد) \_\_\_\_\_

7. ما هو جنسك الحالي (حدد واحداً)؟

- رجل  
 امرأة  
 غير ثنائي  
 (يرجى التحديد)  
 أفضل عدم الإجابة

8. هل تعتبر نفسك متحولاً جنسياً؟

- نعم  لا  أفضل عدم الإجابة

9. أي من الآتي يمثل كيف تفكر في نفسك بأفضل شكل؟ [اختر إجابة واحدة]:

- مثلية الجنس أو مثلي الجنس  
 مستقيم، أي ليس مثلي أو مثلية  
 ثنائي الميول الجنسية  
 [If respondent is AIAN:] ثنائية الروح  
 استخدم مصطلحاً مختلفاً (يرجى التحديد): \_\_\_\_\_  
 لا أعرف  
 أفضل عدم الإجابة

10. ما هي أعلى درجة تعليمية أو سنة دراسية أكملتها؟

<input type="checkbox"/> قدر من التعليم الابتدائي، أو المتوسط، أو الثانوي	<input type="checkbox"/> بعض الدراسة في كلية أو مدرسة فنية
<input type="checkbox"/> خريج الثانوية أو حاصل على شهادة الثانوية العامة GED	<input type="checkbox"/> كلية (مدتها 4 سنوات أو أكثر)

11. هل سبق لك تأدية الخدمة العسكرية؟

- نعم  لا

12. خلال العام الماضي، هل قدمت رعاية أو مساعدة منتظمة إلى صديق أو شخص في العائلة لديه مشكلة صحية أو إعاقة طويلة الأمد؟

- نعم  لا

13. بصفة عامة، كيف تصف صحتك:

- ممتازة  جيدة جداً  جيدة  مقبولة  ضعيفة

14. هل أخبرك مقدم رعاية صحية من قبل أنك مصاب بأي من الحالات المزمنة التالية (أي حالة استمرت لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر)؟

يرجى استخدام X للإشارة إلى إجابتك بنعم أو لا

لا	نعم	لا	نعم
			مرض الزهايمر أو خرف آخر
			اضطراب القلق
			داء التهاب المفاصل/الروماتيزم
			داء الربو/انتفاخ الرئة/مرض تنفسي أو رئوي مزمن آخر
			السرطان أو ناجي من مرض السرطان
			آلام مزمنة
			الاكتئاب
			داء السكري (ارتفاع نسبة السكر في الدم)
			مرض الكلى
			سوء التغذية
			السمنة
			هشاشة العظام (انخفاض كثافة العظام)
			اضطراب ما بعد الصدمة
			فصام أو اضطراب ذهاني آخر
			الجلطة
			اضطراب استخدام المواد

		سلس البول			مرض قلبي
		حالة مزمنة أخرى			ارتفاع نسبة الكوليسترول
					ارتفاع ضغط الدم

15. يرجى استخدام X للإشارة إلى إجابتك على الأسئلة التالية.

لا	نعم	
		أ. هل أنت أصم أو تعاني من صعوبة بالغة في السمع؟
		ب. هل أنت كفيف أو تعاني من صعوبة بالغة في الإبصار، حتى مع ارتداء النظارة؟
		ج. هل تعاني من صعوبة بالغة في المشي أو صعود السلالم؟
		د. هل تعاني من صعوبة في ارتداء الملابس أو الاستحمام؟
		هـ. هل تعاني من صعوبة جدية في التركيز، أو التذكر، أو اتخاذ القرارات بسبب حالة مرضية بدنية، أو عقلية، أو عاطفية؟
		و. نتيجة حالة مرضية بدنية، أو عقلية، أو نفسية، هل تواجه صعوبة في القيام بالمهام بمفردك مثل زيارة عيادة الطبيب أو التسوق؟

16. كم عدد المرات التي تشعر فيها بالوحدة؟

□ دائماً □ غالباً □ أحياناً □ نادراً □ مطلقاً

17. كم عدد المرات التي تشعر فيها بالعزلة عن المحيطين بك؟

□ دائماً □ غالباً □ أحياناً □ نادراً □ مطلقاً

18. 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