

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:

- ☐ Take Charge of Your Health ☐ Take Charge of Your Pain ☐ wCDSMP
☐ Take Charge of Your Diabetes ☐ Cancer: Thriving and Surviving

1. સામાન્ય રીતે, તમે કહેશો કે તમારું સ્વાસ્થ્ય કેવું છે:

- ☐ ઉત્તમ ☐ ખૂબ સરસ ☐ સારું ☐ યો ☐ નબળું

2. તમને કેટલી ખાતરી છે કે તમે તમારી સ્થિતિને મેનેજ કરી શકો છો જેથી તમે જે વસ્તુઓની તમને જરૂર હોય અને કરવા માંગો છો તે કરી શકો છો?

તદ્દન આનાશ્ચિત 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 સંપૂર્ણ ખાતરું

3. તમે કેટલી વાર એકલતા અનુભવો છો?

- ☐ હંમેશા ☐ ક્યારેક ☐ કેટલાંકવાર ભાગ્યે ☐ ક્યારે
પણ નહીં

4. શું તમે તમારી આસપાસના લોકોને કારણે કેટલી વાર એકલતા અનુભવો છો?

- ☐ હંમેશા ☐ ક્યારેક ☐ કેટલાંકવાર ભાગ્યે ☐ ક્યારે
પણ નહીં

5. આ પ્રોગ્રામ શરૂ થયો ત્યારથી, તમે તમારા કોનિક સ્થિતિને સંચાલિત કરવા માટે શું કર્યું છે? **લાગુ પડે છે તે બધું ટીક કરો**

- ☐ મારા સ્વાસ્થ્ય વિશે પરિવારના કોઈ સભ્ય અથવા મિત્ર સાથે વાત કરી
☐ હું મારી કોનિક સ્થિતિને વધુ સારી રીતે કેવી રીતે સંચાલિત કરી શકું તે વિશે આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા સાથે વાત કરી
☐ મારી દવાઓની આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા અથવા ફાર્માસિસ્ટ દ્વારા સમીક્ષા કરવામાં આવી હતી
☐ કસરત કરવાનું શરૂ કર્યું અથવા ચાલુ રાખ્યું
☐ હું જે ખોરાક ખાઉ છું તે કેવી રીતે પસંદ કરું તેમાં ફેરફારો કર્યા
☐ મારા સમુદાયમાં અન્ય સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત અથવા કસરત પ્રોગ્રામમાં ભાગ લેવો અથવા તેમાં ભાગ લેવાની યોજના બનાવો

6. તમે પ્રોગ્રામની ગુણવત્તા સાથે તમારા એકંદર સંતોષને કેવી રીતે રેટ કરશો?

- ☐ ખૂબ અસંતોષ ☐ અસંતોષ ☐ બરાબર ☐ સંતોષ ☐ ખૂબ સંતોષ

Take Charge Participant Post-Survey (Gujarati)

Last Revised 8/20/23

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):
