

Take Charge 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:

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

1. How did you hear about this class?

- | | |
|--|---|
| ☐ Physician or member of my healthcare team | ☐ Health fair/ community event |
| ☐ Insurance Company | ☐ Congregate/ home delivered meal notification |
| ☐ Community Organization | ☐ Information Session/ presentation |
| ☐ Care Coordinator | ☐ Email |
| ☐ Family member/friend | ☐ Newsletter/ mass communication |
| ☐ Flyer | ☐ Print ad/ newspaper |
| ☐ Facebook | ☐ Radio/ pod cast |
| ☐ Instagram | ☐ Religious Institution |
| ☐ Twitter | ☐ Other: _____ |
| ☐ Other social media | |

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 واحدًا)؟

- ☐ 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 أكملت؟

☐ قدر من التعليم الابتدائي، أو المتوسط، أو الثانوي	☐ بعض الدراسة في كلية أو مدرسة فنية
☐ خريج الثانوية أو حاصل على شهادة الثانوية العامة GED	☐ 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 ☐ مقبلة ☐ 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

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

مرض قلبي		سلس البول			
ارتفاع نسبة الكوليسترول		حالة مزمنة أخرى			
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؟

□ دائمًا □ غالبًا □ أحيانًا □ نادرًا □ مطلقًا

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

□ دائمًا □ غالبًا □ أحيانًا □ نادرًا □ مطلقًا

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