

Take Charge Participant Post-Survey (Urdu)

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. عمومی طور پر کیا آپ کہیں گے کہ آپ کی صحت کس طرح ہے: ☐ زبردست ☐ بہت اچھا ☐ اچھا ☐ مناسب ☐ خراب ☐
2. آپ کو کتنا یقین ہے کہ آپ اپنی کیفیت سنبھال سکتے ہیں تاکہ آپ وہ کام کر سکیں جس کو انجام دینے ضروری ہے یا دینا چاہتے
بالکل غیر یقینی ہے 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 پوری طرح یقینی ہے
3. آپ کتنی کثرت سے خود کو تنہا محسوس کرتے ہیں؟ ☐ ہمیشہ ☐ اکثر ☐ کبھی کبھار ☐ شاذو نادر ☐ کبھی نہیں
4. آپ کتنی دفعہ خود کو آس پاس کے لوگوں سے الگ تھلگ محسوس کرتے ہیں؟ ☐ ہمیشہ ☐ اکثر ☐ کبھی کبھار ☐ شاذو نادر ☐ کبھی نہیں
5. اس پروگرام کے آغاز کے بعد سے آپ نے اپنی دائمی حالت کے اہتمام کے واسطے کیا کیا ہے؟ قابل اطلاق سبھی چیک کریں
☐ اپنی صحت کے تعلق سے خاندان کے کسی فرد یا دوست سے بات چیت کی
☐ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے سے اس بارے میں بات چیت کی کہ میں اپنی دائمی کیفیت کو کس طرح سنبھال سکتا/سکتی ہوں
☐ ہیلتھ کیئر فراہم کنندہ یا دوا ساز نے میری ادویات کا جائزہ لیا
☐ ورزش شروع کی یا جاری رکھا
☐ میں نے جو کھانا کھایا ہے اس میں تبدیلیاں کیں
☐ میری کمیونٹی میں صحت سے متعلق یا ورزش کے کسی دوسرے پروگرام میں حصہ لیا یا شرکت کرنے کا پلان بنایا
6. آپ پروگرام کے معیار کے تعلق سے اپنے مجموعی طمانیت کی درجہ بندی کس طرح کریں گے؟ ☐ بہت غیر مطمئن ☐ غیر مطمئن ☐ ٹھیک ☐ مطمئن ☐ بہت مطمئن

Take Charge Participant Post-Survey (Urdu)

7. Since this program began, I have applied the skills I learned in this program to: **Check all that apply.**

☐	Manage emotions like stress, depression, anger, fear, or frustration
☐	Manage pain, fatigue, or other symptoms of my chronic condition(s)
☐	Increase my strength, flexibility, endurance, or overall physical fitness
☐	Make a medication list that includes all current medications, dosages, and dates started
☐	Solve a problem or issue I was experiencing in my life
☐	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):
