

نظرسنجی سلامت

بخش 1: اطلاعات عضو

نام خانوادگی: _____ نام: _____
 تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____
 شماره شناسایی عضو Alliance: _____
 آدرس: _____
 شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____
 شماره تلفن: _____
☐ منزل ☐ همراه

بخش 2: نظرسنجی سلامت

لطفاً تا حد امکان به پرسش‌های زیر پاسخ دهید.

1. چه کسی در حال تکمیل این ارزیابی است؟

☐ عضو

☐ سازمان اجتماعی

☐ نماینده مجاز (Authorized Representative, AOR)

☐ سایر (ذکر کنید): _____

1a. اگر شما در حال تکمیل این نظرسنجی از طرف یک عضو هستید، نسبت شما با عضو چیست؟

☐ مترجم شفاهی

☐ وکیل

☐ ارائه‌دهنده خدمات درمانی

☐ ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی

☐ سایر (ذکر کنید): _____

☐ مراقب/کمک کننده

☐ قیم/دارنده وکالت‌نامه مدت دار (Durable)

(Power of Attorney, DPOA)

☐ عضو خانواده

☐ دوست

☐ سرپرست

2. زبان گفتاری مورد نظر شما چیست؟

☐ انگلیسی

☐ اسپانیایی

☐ کانتونی

☐ ماندارین

☐ ویتنامی

☐ فارسی

☐ تاگالوگ

☐ سایر (ذکر کنید): _____

3. زبان نوشتاری مورد نظر شما چیست؟

☐ انگلیسی

☐ اسپانیایی

☐ چینی

☐ ویتنامی

☐ فارسی

☐ تاگالوگ

☐ سایر (ذکر کنید): _____

4. آیا در خانه به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می کنید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ نامرتبط

4a. اگر پاسخ شما به پرسش قبلی **بله** است، لطفاً موارد زیر را ذکر کنید:

5. نژاد/قومیت شما چیست (همه گزینه های مرتبط را انتخاب کنید)؟

☐ بومی آمریکا یا بومی آلاسکا

☐ سیاه پوست یا آمریکایی-آفریقایی

☐ چینی

☐ اسپانیولی یا لاتین تبار

☐ خاورمیانه ای یا شمال آفریقا

☐ بومی هاوایی یا سایر بومیان اقیانوس آرام

☐ سایر نژادهای آسیایی

☐ ویتنامی

☐ سفیدپوست

☐ سایر (ذکر کنید): _____

6. گرایش جنسی شما چیست؟

☐ دوجنس گرا

☐ لزبین یا گی

☐ دگرجنسگرا (عادی)

☐ مطمئن نیستم

☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهم

☐ گرایش جنسی در لیست ذکر نشده است (ذکر کنید): _____

7. جنسیتی که در بدو تولد به شما اختصاص یافته چیست؟

☐ مؤنث

☐ مذکر

☐ مطمئن نیستم

☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهم

☐ جنسیت در لیست ذکر نشده است (ذکر کنید): _____

8. از چه ضمایری استفاده می کنید؟

- ☐ او/به او/متعلق به او (مذکر)
- ☐ او/به او/متعلق به او (مؤنث)
- ☐ آنها/به آنها/متعلق به آنها
- ☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهم
- ☐ سایر (ذکر کنید): _____

9. کجا زندگی می کنید (همه گزینه های مرتبط را انتخاب کنید):

- | | |
|--|---|
| ☐ پناهگاه | ☐ آسایشگاه |
| ☐ مرکز پرستاری حرفه ای | ☐ مرکز اسکان و مراقبت |
| ☐ اقامت نزد دوستان/خانواده | ☐ خانه گروهی |
| ☐ مسکن موقت (مانند مراقبت بازیابی) | ☐ بی خانمان |
| ☐ مسکن موقت - بی سرپناه (مانند چادر) | ☐ در حال حاضر مکانی برای زندگی دارم، اما نگران |
| ☐ مسکن موقت - وسیله نقلیه | ☐ از دست دادن آن در آینده هستم |
| ☐ (مانند ماشین، ون، وسیله نقلیه تفریحی
(Recreational Vehicle, RV)) | ☐ مکان ثابتی برای زندگی دارم |
| ☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهم | ☐ خانه شخصی |
| ☐ سایر (ذکر کنید): _____ | ☐ اجاره ای |

10. به مکانی که در آن زندگی می کنید فکر کنید. آیا در مورد هر یک از موارد زیر مشکلی دارید (همه گزینه های مرتبط را انتخاب کنید):

- | | |
|---|--|
| ☐ آفات (مانند حشرات/سوسک، مورچه، موش) | ☐ دسترسی به توالت داخل منزل |
| ☐ نبود نرده های کمی مناسب در حمام/دوش | ☐ خنک ماندن/تهویه مطبوع |
| ☐ نبود نرده برای رمپ ها یا پله ها | ☐ وسایل آشپزخانه کار نمی کنند (مانند یخچال، |
| ☐ آشکارساز دود وجود ندارد یا کار نمی کند | ☐ فر، اجاق، مایکروویو) |
| ☐ نشی آب | ☐ نبود گرمایش |
| ☐ هیچ کدام از موارد فوق | ☐ نبود آب گرم |
| ☐ سایر (ذکر کنید): _____ | ☐ سرب موجود در رنگ ها یا لوله ها |
| | ☐ کپک |

10a. اگر در مورد هر یک از موارد بالا مشکلی دارید، آیا مایل به دریافت کمک برای رفع آن هستید؟

- ☐ بله
- ☐ خیر
- ☐ نامرتب

11. به طور کلی، وضعیت سلامت خود را چگونه توصیف می کنید؟

- ☐ عالی
- ☐ خوب
- ☐ متوسط
- ☐ ضعیف
- ☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهم

12. ارائه دهنده مراقبت های اولیه (primary care provider, PCP) شما پزشک/ارائه دهنده/پرستار پزشک اصلی شماست که برای معاینات دوره ای و هنگام بروز مشکل پزشکی به او مراجعه می کنید. هنگامی که مشکل پزشکی دارید، ابتدا با چه کسی تماس می گیرید؟

- ☐ 911
- ☐ ارائه دهنده/کلینیک
- ☐ هیچ کس
- ☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهم

13. آیا برای مراجعه به ارائه دهنده/کلینیک یا متخصص خود با مشکل مواجه هستید؟

- ☐ بله
- ☐ خیر
- ☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهم

13a. اگر پاسخ شما به پرسش قبلی **بله** است، لطفاً موارد زیر را ذکر کنید:

14. آیا باردار هستید؟

- ☐ بله
- ☐ خیر
- ☐ مطمئن نیستم
- ☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهم
- ☐ نامرتب

14a. اگر باردار هستید، آیا در حال حاضر تحت مراقبت پزشک/ارائه دهنده/پرستار پزشک برای این بارداری هستید؟

- ☐ بله
- ☐ خیر
- ☐ نامرتب

15. آیا در 12 ماه گذشته دو (2) بار یا بیشتر به بخش اورژانس (Emergency Room, ER) مراجعه کرده اید؟

- ☐ بله
- ☐ خیر
- ☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهم

16. آیا در 12 ماه گذشته در بیمارستان بستری شده‌اید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

17. آیا در 12 ماه گذشته در مرکز پرستاری حرفه‌ای (Skilled Nursing Facility, SNF) بستری شده‌اید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

18. آیا به‌طور منظم برای یک عارضه مزمن به پزشک/ارائه‌دهنده/پرستار پزشک مراجعه می‌کنید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

18a. اگر پاسخ شما به پرسش قبلی **بله** است، همه گزینه‌های مرتبط را انتخاب کنید:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ بیماری کبوی | ☐ ناتوانی رشدی (اوتیسم، فلج مغزی، سندروم داون | ☐ آسم |
| ☐ ام اس (Multiple sclerosis, MS) | ☐ دیابت | ☐ اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD) |
| ☐ اختلال شناختی خفیف | ☐ اختلالات تغذیه‌ای (مانند بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی) | ☐ اختلال دوقطبی |
| ☐ پارکینسون | ☐ مشکلات قلبی | ☐ سرطان |
| ☐ اختلال روان‌پریشی | ☐ هپاتیت | ☐ بیماری مزمن انسداد ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) |
| ☐ تشنج | ☐ فشار خون بالا | ☐ سیستیک فیبروزیس |
| ☐ کم‌خونی داسی شکل | ☐ اچ‌آی‌وی (Human Immunodeficiency Virus, HIV Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) | ☐ زوال عقل یا آلزایمر |
| ☐ اختلال مصرف مواد | | ☐ افسردگی/اضطراب |
| ☐ اختلال فکری | | |
| ☐ سل | | |
| ☐ سایر (ذکر کنید): | | |

18b. اگر به پرسش قبل پاسخ **بله** دادید، آیا تمام کمکی را که نیاز دارید دریافت می‌کنید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

19. آیا در سال گذشته آزمایش عفونت‌های مقاربتی انجام داده‌اید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

19a. اگر به پرسش قبل پاسخ بله دادید، آیا در مورد نتایج آزمایش نگرانی دارید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

20. آخرین معاینه دندان‌پزشکی شما چه زمانی بوده است؟

☐ در شش (6) ماه گذشته

☐ 6-12 ماه پیش

☐ یک (1) - دو (2) سال پیش

☐ بیش از دو (2) سال پیش

☐ هرگز

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

21. آیا روزانه سه (3) قلم داروی تجویزی یا بیشتر مصرف می‌کنید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

22. لطفاً نام داروها، ویتامین‌ها یا مکمل‌هایی را که در حال حاضر مصرف می‌کنید (در صورت وجود) ذکر کنید:

نام دارو دوز (مقدار مصرف) چند وقت یکبار

23. آیا برای تهیه داروهای خود به کمک نیاز دارید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

24. آیا برای مصرف داروهای خود به کمک نیاز دارید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

25. در یک ماه (30 روز) گذشته، چند روز احساس تنهایی داشته‌اید؟

☐ هیچ‌وقت - هرگز احساس تنهایی نمی‌کنم

☐ کمتر از پنج (5) روز

☐ بیش از نیمی از روزها (بیش از 15 روز)

☐ اکثر روزها - همیشه احساس تنهایی می‌کنم

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

26. در دو (2) هفته گذشته، هر چند وقت یک‌بار علاقه یا لذت کمی نسبت به انجام کارها داشته‌اید؟

☐ اصلاً

☐ چند روز

☐ بیش از نیمی از روزها

☐ تقریباً هر روز

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

27. آیا در تفکر، حافظه یا تصمیم‌گیری تغییری تجربه کرده‌اید؟

☐ بله

☐ گاهی اوقات

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

28. در 12 ماه گذشته، آیا تاکنون بیشتر از آنچه می‌خواستید الکل یا مواد مصرف کرده‌اید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

29. آیا احساس کرده‌اید که می‌خواهید یا نیاز دارید مصرف الکل یا مواد مخدر خود را کاهش دهید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

29a. آیا احساس می‌کنید در زمینه مصرف دخانیات مشکل دارید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

29b. اگر از دخانیات استفاده می‌کنید یا سیگار می‌کشید، آیا آماده‌اید طی یک ماه آینده برای ترک تلاش کنید؟

- ☐ بله
☐ خیر
☐ نامرتب

30. آیا از هیچ‌یک از تجهیزات یا لوازم پزشکی زیر استفاده می‌کنید (همه گزینه‌های مرتبط را انتخاب کنید)؟

- | | |
|--|---|
| ☐ فشار مثبت مداوم راه هوایی (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) | ☐ صندلی چرخدار |
| ☐ تخت بیمارستانی | ☐ واکر |
| ☐ کیسه‌های استومی | ☐ هیچ‌کدام |
| ☐ اکسیژن | ☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم |
| ☐ اسکوتر | ☐ سایر (ذکر کنید): _____ |

31. آیا به وسایل کمکی نیاز دارید که در حال حاضر در اختیار ندارید؟

- ☐ بله
☐ خیر
☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

31a. اگر پاسخ شما به پرسش قبلی **بله** است، لطفاً موارد زیر را ذکر کنید:

32. آیا در انجام هر یک از اقدامات زیر به کمک نیاز دارید؟

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a. حمام کردن یا دوش گرفتن..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| b. بالا رفتن از پله‌ها..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| c. غذا خوردن..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| d. لباس پوشیدن..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| e. مسواک زدن، شانه کردن مو یا اصلاح صورت..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| f. آماده‌سازی غذا یا آشپزی..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| g. بلند شدن از تخت یا صندلی..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| h. خرید و تهیه غذا..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| i. استفاده از توالت..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| j. پیاده‌روی..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| k. شستن ظروف یا لباس‌ها..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| l. نوشتن چک یا پیگیری مسائل مالی..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| m. گرفتن وسیله نقلیه برای مراجعه به پزشک یا ملاقات با دوستان..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| n. انجام کارهای خانه یا حیاط..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| o. رفتن به دیدار خانواده یا دوستان..... | ☐ بله | ☐ خیر |

- p. استفاده از تلفن ☐ بله ☐ خیر
- q. پیگیری قرار ملاقات هایتان ☐ بله ☐ خیر
- r. اگر بله، آیا تمام کمکی را که نیاز دارید در این زمینه‌ها دریافت می‌کنید؟ ☐ بله ☐ خیر
- s. اگر در انجام هر یک از اقدامات بالا کمک دریافت می‌کنید، چه کسی ☐ نامرتب
به شما کمک می‌کند؟

نام فرد کمک‌کننده: _____

t. نسبت شما با فرد کمک‌کننده چیست؟ _____

u. آیا می‌توانیم با فرد کمک‌کننده شما تماس بگیریم؟ ☐ بله ☐ خیر
شماره تلفن فرد کمک‌کننده شما: _____

33. آیا تا به حال احساس کرده‌اید که مراقب شما در تأمین تمامی نیازهای شما دچار مشکل است؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

34. آیا عضو خانواده یا دوستی دارید که در تصمیم‌گیری‌های مراقبت‌های بهداشتی به شما کمک کند یا در طرح مراقبتی شما مشارکت کند؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

34a. اگر پاسخ شما به پرسش قبلی بله است، لطفاً نام و نسبتش با شما را ذکر کنید.

نام: _____

نسبت: _____

35. از امروز، آیا هیچ‌یک از خدمات زیر را دریافت می‌کنید؟ (همه گزینه‌های مرتبط را انتخاب کنید)

- | | |
|--|---|
| ☐ کمک حقوقی | ☐ خدمات مراقبت روزانه بزرگسالان |
| ☐ مدیریت دارو | ☐ مدیریت پرونده (کمک به هماهنگی خدمات پزشکی) |
| ☐ خدمات مراقبت شخصی (کمک به غذا خوردن، لباس پوشیدن، استحمام و غیره) | ☐ خدمات کارهای منزل (مانند کارهای حیاط، تعمیر و نگهداری) |
| ☐ حمل و نقل | ☐ وعده‌های غذایی جامعه |
| ☐ هیچ‌کدام از موارد فوق | ☐ وعده‌های غذایی تحویل در منزل |
| ☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم | ☐ خدمات خانه‌داری |
| ☐ سایر (ذکر کنید): _____ | ☐ اطلاع‌رسانی و کمک‌رسانی |

36. آیا عضو خانواده یا افراد دیگری را دارید که هنگام نیاز مایل و قادر به کمک به شما باشند؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

37. آیا برای تهیه غذا نیاز به کمک دارید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

38. آیا برای حمل و نقل نیاز به کمک دارید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

39. آیا برای پرداخت قبض گرمایش یا آب خود نیاز به کمک دارید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

40. آیا در حال حاضر می‌توانید به‌طور ایمن در خانه زندگی کرده و به‌راحتی در آنجا حرکت کنید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

40. اگر خیر، آیا محل زندگی شما دارای موارد زیر است:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a. روشنایی مناسب..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| b. گرمایش مناسب..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| c. سرمایش مناسب..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| d. نرده برای پله‌ها یا رمپ‌ها..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| e. آب گرم..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| f. توالت داخل منزل..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| g. دری ورودی که قفل شود..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| h. پله برای ورود به خانه یا پله در داخل خانه..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| i. آسانسور..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| j. فضا برای استفاده از ویلچر..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| k. راه‌های ایمن خروج از خانه..... | ☐ بله | ☐ خیر |
| l. آشکارساز دود و کپسول اطفای حریق سالم؟..... | ☐ بله | ☐ خیر |

41. آیا در ماه گذشته زمین خورده‌اید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

42. آیا از زمین خوردن می‌ترسید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

43. آیا برای تکمیل فرم‌های سلامت به کمک نیاز دارید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

44. آیا هنگام مراجعه به پزشک برای پاسخ به پرسش‌ها به کمک نیاز دارید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

45. آیا از کسی می‌ترسید یا کسی به شما آسیب می‌زند؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

46. آیا کسی بدون اجازه شما از پول‌تان استفاده می‌کند؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

47. آیا گاهی پول‌تان برای خرید غذا، پرداخت اجاره، قبض‌ها یا دارو تمام می‌شود؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

48. آیا منابع یا کمک‌های دیگری وجود دارد که مایل باشید اطلاعات بیشتری درباره آن‌ها دریافت کنید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

48a. اگر پاسخ شما به پرسش قبلی **بله** است، لطفاً موارد زیر را توضیح دهید:

پرسش‌های مراقب

پرسش‌های زیر درباره شما، به عنوان مراقب، و در ارتباط با مراقبت از فرد تحت مراقبت است. موارد زیر به احساسات و رفتارهای مراقب در نتیجه ارائه مراقبت اشاره دارد. هیچ پاسخ درست یا غلطی وجود ندارد.

1. در چهار (4) هفته گذشته، به دلیل کمک به فرد تحت مراقبت، آیا می‌توان گفت که:

a. مطمئن نبودید که آیا عضو مراقبت مناسب دریافت می‌کند یا نه؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

b. مطمئن نبودید که چگونه بهتر از عضو مراقبت کنید؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

c. احساس می‌کردید باید کار بیشتری برای عضو انجام دهید؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

d. فکر می‌کردید می‌توانستید کار بهتری در مراقبت از عضو انجام دهید؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

2. در چهار (4) هفته گذشته، به دلیل کمک به فرد تحت مراقبت، آیا می‌توان گفت:

a. که عضو سعی در سوءاستفاده یا بازی دادن شما داشت؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

b. که رابطه شما با عضو دچار تنش شده بود؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

c. که عضو درخواست‌هایی بیش از نیازش از شما داشت؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

d. که نسبت به عضو احساس رنجش و ناراحتی داشتید؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

e. که نسبت به عضو احساس خشم داشتید؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

3. در چهار (4) هفته گذشته، به دلیل کمک به فرد تحت مراقبت، آیا می‌توان گفت:

a. سلامتی جسمانی شما نسبت به گذشته بدتر شده است؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

b. احساس افسردگی یا ناراحتی بیشتری داشتید؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

c. احساس اضطراب یا نگرانی بیشتری نسبت به قبل داشتید؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

d. انرژی یا نشاط کمتری داشتید؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

e. ناراحتی و درد بیشتری را تجربه کردید؟

☐ کاملاً موافقم

☐ موافقم

☐ مخالفم

☐ کاملاً مخالفم

4. در چهار (4) هفته گذشته، به دلیل کمک به فرد تحت مراقبت، آیا می‌توان گفت:

a. در فعالیت‌های مذهبی یا کلیسا شرکت کرده‌اید؟

☐ کمتر از قبل

☐ همانند قبل

☐ بیشتر از قبل

b. به دیدار دوستان یا خانواده رفته‌اید؟

☐ کمتر از قبل

☐ همانند قبل

☐ بیشتر از قبل

c. در فعالیت‌های گروهی یا سازمان‌یافته شرکت کرده‌اید؟

☐ کمتر از قبل

☐ همانند قبل

☐ بیشتر از قبل

d. در فعالیت‌های داوطلبانه شرکت کرده‌اید؟

☐ کمتر از قبل

☐ همانند قبل

☐ بیشتر از قبل

e. برای شام، تئاتر یا نمایش بیرون رفته‌اید؟

☐ کمتر از قبل

☐ همانند قبل

☐ بیشتر از قبل

این نظرسنجی سلامت تکمیل شد. سپاسگزاریم!

لطفاً نظرسنجی تکمیل شده را به آدرس زیر ارسال کنید:

گیرنده: Case and Disease Management Department
Alameda Alliance for Health
1240 S. Loop Road
Alameda, CA 94501

اگر عضو **Alliance Medi-Cal** هستید و سؤالی دارید، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید:

بخش خدمات اعضای Alliance
دوشنبه - جمعه، 8 صبح - 5 بعدازظهر
شماره تلفن: **1.510.747.4567**
خط تلفن رایگان به شماره **1.877.932.4567**
در صورتی که مشکل شنوایی یا تکلم دارید (CRS/TTY): **1.800.735.2929/711**

اگر عضو **Alameda Alliance Wellness** هستید و سؤالی دارید، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید:

بخش خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness
از دوشنبه تا یکشنبه (هفت (7) روز هفته)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید.
تلفن رایگان: **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**
در صورتی که مشکل شنوایی یا تکلم دارید، از TTY استفاده کنید یا با شماره **1.800.735.2929** تماس بگیرید