



## اتفاقية المشاركين في برنامج WISEWOMAN

الهاتف: \_\_\_\_\_ \*الاسم \_\_\_\_\_ :

\*الاستعداد للتغيير (من 0 إلى 10) \_\_\_\_\_ \*تاريخ الاتفاقية \_\_\_\_\_ :

أسباب الاستعداد/عدم الاستعداد: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_ \*مُدْرَب/ة الصحة المتابع/ة لي هو/هي: \_\_\_\_\_

\*خطوتي الصغيرة هي (أمرٌ يمكن لي فعله بنجاح في خلال الشهرين التاليين): \_\_\_\_\_

\*خطتي هي \_\_\_\_\_

مَن سيساعدني؟ \_\_\_\_\_

أين سأفعل ذلك؟ \_\_\_\_\_

متى سأفعل ذلك؟ \_\_\_\_\_

ما الذي يلزمني لتحقيق النجاح؟ \_\_\_\_\_

الأمر الذي قد تمنعني عن إتمام خطوتي الصغيرة:

لا شيء

توفر الطعام الصحي

مقدم الرعاية/مسؤوليات مقدم الرعاية

تكلفة الأدوية

تكلفة التمارين الرياضية أو مكان ممارستها

التثقيف الصحي

النقل

اللغة/الترجمة

الوقت/الجدول الزمني

غير ذلك: \_\_\_\_\_

حصلت على ما يلي لمساعدتي على بلوغ أهدافي:

جهاز مراقبة ضغط الدم - الطراز/الرقم المتسلسل: \_\_\_\_\_

قسائم سوق لشراء منتجات طازجة

عضوية في نادٍ رياضي

طقم إقلاع عن التدخين

إحالة إلى خدمة خط الإقلاع عن التبغ

المساعدة على النقل

غير ذلك: \_\_\_\_\_

على مقياس من 0 إلى 10، ما مدى ثقتك في أنك قادر على تحقيق النجاح في القيام بخطوتك الصغيرة؟

(0 = غير واثق على الإطلاق، و10 = واثق فعلاً)

ملحوظات: \_\_\_\_\_

\*التاريخ: \_\_\_\_\_ \*توقيع المشارك: \_\_\_\_\_

بريد المشارك الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الموعد المقبل (أو أفضل وقت للاتصال) \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ توقيع مُدْرَب/ة الصحة: \_\_\_\_\_

\*العناصر التي تحمل علامة النجمة مطلوبة