



WISEWOMAN অংশগ্রহণকারীর সম্মতি

*নাম: _____ ফোন: _____

*সম্মতির তারিখ: _____ *পরিবর্তনের তৎপরতা (0-10)

কারণগুলি প্রস্তুত আছে / প্রস্তুত নেই: _____

*আমার স্বাস্থ্য প্রশিক্ষক হলেন: _____ ফোন: _____

**আমার ক্ষুদ্র পদক্ষেপ হল (এমনকিছু যা আমি পরবর্তী দুই মাসে করতে সফল হতে পারি): _____

*আমার পরিকল্পনা হল _____

কে আমাকে সাহায্য করবেন? _____

আমি এটি কোথায় করব? _____

আমি এটি কখন করব? _____

সফল হওয়ার জন্য আমার কী করা প্রয়োজনা? _____

যে জিনিসগুলি আমার ক্ষুদ্র পদক্ষেপ সম্পূর্ণ করা থেকে আমাকে বিরত রাখতে পারে:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> কোনটিই নয় | <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্যকর খাবার প্রাপ্তি |
| <input type="checkbox"/> পরিচর্যাকারী / পরিচর্যাকারীর দায়িত্বগুলি | <input type="checkbox"/> ওষুধের খরচ |
| <input type="checkbox"/> ব্যায়াম করার খরচ বা জায়গা | <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য শিক্ষা |
| <input type="checkbox"/> পরিবহন | <input type="checkbox"/> ভাষা / অনুবাদ |
| <input type="checkbox"/> সময় / সময়সূচি | <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____ |

আমার লক্ষ্যগুলি অর্জনে আমাকে সাহায্য করার জন্য আমাকে নিম্নলিখিতগুলি দেওয়া হয়েছিল:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> রক্ত চাপ মনিটর – মডেল/ক্রমিক নম্বর: _____ | <input type="checkbox"/> মার্কেট ক্রেস ভাউচার |
| <input type="checkbox"/> জিমের সদস্যতা | <input type="checkbox"/> কুইট কিট |
| <input type="checkbox"/> টোবাকো কুইটলাইনের রেফারাল | <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____ |
| <input type="checkbox"/> পরিবহন সহায়তা | |

0-10 একটি স্কেলে জানান যে, আপনার ক্ষুদ্র পদক্ষেপ নিতে আপনি সফল হতে পারেন এই ব্যাপারে আপনি কতটা আত্মবিশ্বাসী? _____ (0 = একেবেরেই আত্মবিশ্বাসী নই, 10 = প্রকৃতই আত্মবিশ্বাসী)

দ্রষ্টব্য: _____

*অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর: _____ *তারিখ: _____

অংশগ্রহণকারীর মেল: _____

পরবর্তী অ্যাপয়েন্টমেন্ট (বা ফোন করার সেরা সময়) _____

স্বাস্থ্য প্রশিক্ষকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

*তারকাচিহ্নযুক্ত বিষয়গুলি আবশ্যিক