

|                   |  |
|-------------------|--|
| Name of the event |  |
| Venue             |  |
| Date              |  |

## برگه ارزیابی رویداد برای شرکت کنندگان

1. لطفاً سن تان را مشخص کنید (یک مربع را علامت بزنید):

کمتر از 25

25 – 39

40 – 49

50 و بیشتر

2. لطفاً جنسیت تان را مشخص کنید (یک مربع را علامت بزنید):

زن

مرد

ترجیح میدهم پاسخ ندهم

3. لطفاً مشخص کنید در رویداد امروز در باره کدام برنامه/های غربالگری گفتگو شد (یک یا چند مربع را علامت بزنید):

برنامه غربالگری پستان استرالیا

برنامه ملی غربالگری سرطان روده

برنامه ملی غربالگری دهانه رحم

همه موارد بالا

4. رویهمرفته تا چه اندازه از این رویداد راضی هستید؟ (لطفاً یک مربع را علامت بزنید):

خیلی راضی

تا حدی راضی

تا حدی ناراضی

اصلاً راضی نیستم

5. این رویداد چقدر آگاهی شما را از غربالگری سرطان افزایش داد؟ (یک مربع را علامت بزنید):

خیلی افزایش داد

کمی افزایش داد

افزایش نداد

6. چقدر مطمئن هستید که سرطان در صورت تشخیص زودهنگام با موفقیت قابل درمان است؟ (یک مربع را علامت بزنید):

خیلی مطمئن

تا حدی مطمئن

اصلاً مطمئن نیستم

For event organiser

|                   |  |
|-------------------|--|
| Name of the event |  |
| Venue             |  |
| Date              |  |

7. چقدر احتمال دارد که برنامه های غربالگری را به خانواده و دوستان خود توصیه کنید؟ (یک مربع را علامت بزنید):

خیلی احتمال دارد

کمی احتمال دارد

اصلاً احتمال ندارد

8. دوست دارید در مورد کدام برنامه/های غربالگری بیشتر بدانید؟ (یک یا چند مربع را علامت بزنید):

برنامه غربالگری پستان استرالیا

برنامه ملی غربالگری سرطان روده

برنامه ملی غربالگری دهانه رحم

هیچیک از موارد بالا