**Шаблон краткого плана действий**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Моя цель по улучшению здоровья и поддержанию хорошего самочувствия:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1) Составить план действий:**  Есть ли то, что вы бы хотели сделать для вашего здоровья или поддержания хорошего самочувствия в течение следующих одной или двух недель? Если нет ничего, что вы бы хотели сделать для вашего здоровья или поддержания хорошего самочувствия прямо сейчас, вы, возможно, пожелаете рассмотреть это в будущем. Если да, то заполните следующие детали. Некоторые из них можно не рассматривать. Постарайтесь быть как можно конкретнее.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Мой план действий** | **Мои ответы** | **Комментарии** | | **Что бы вы хотели сделать?** |  |  | | **В чем/ где?** |  |  | | **Когда и как часто?** (В какой части дня вы будете это делать? Если более одного раза—как часто это будет происходить?): |  |  | | **Как долго и в каких объемах?** (минуты, порции, и т.д.) |  |  | | **Когда вы начнете?** |  |  |   **2) Проведите обзор своего плана**  2a) Насколько вы уверены в своих способностях по выполнению плана?  Совсем не уверен 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Очень уверен  **\*Примечание**: Если вы выбираете 6 или ниже, ответьте на вопрос 2б. Если вы выбираете 7 или выше, проследуйте к вопросу 3.  2б) Каким образом вы можете изменить свой план для повышения возможности поднятия оценки до 7 и выше?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **3) Проведите самопроверку**  **☐** Я буду проверять себя сам  **☐** Я буду проверять себя с чьей-либо помощью (член семьи или член команды здравоохранения)  Кто этот человек? *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  Как и когда вы бы хотели себя проверять (т.е. в течение недели или дня, по телефону или при личном присутствии)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |