

# Исследование субъективных оценок лечения - 2025

(для взрослых)

County / Provider

Use Only

CalOMS Provider ID (required)

--	--	--	--	--	--

Program Reporting Unit (if required by your county):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Print PDF as needed.

**Do not photocopy!**

Treatment Setting (required):  OP/IOP  Residential  OTP/NTP  Detox/WM (standalone)  Partial hospitalization

- Пожалуйста, ответьте на эти вопросы о своем опыте участия в этой программе, чтобы помочь улучшить обслуживание. Используйте ответ «Неприменимо», если вопрос касается чего-то, с чем вы не сталкивались.
- Ваши ответы конфиденциальны и не повлияют на ваше текущее лечение.



Верный

Неверно

Полностью согласен	Согласен	Отношусь нейтрально	Не согласен	Совсем не согласен	Не применимо
--------------------	----------	---------------------	-------------	--------------------	--------------

- Место, где оказывались услуги, было удобным для меня.
- Услуги были доступны в удобное для меня время.
- У меня были хорошие впечатления о процедуре записи на лечение.
- Мой консультант и я вместе работали над целями лечения.
- Я получал услуги, подходящие для меня.
- Персонал относился ко мне с уважением.
- Мне кажется, что мой консультант не торопясь выслушивал все, что я хотел сказать.
- У меня сложились позитивные, доверительные отношения с моим консультантом.
- Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).
- Я чувствую, что мой консультант был искренне заинтересован во мне и понимал меня.
- Мне понравился мой консультант здесь.
- Мой консультант в состоянии мне помочь.
- Здешние сотрудники заботятся о том, чтобы удовлетворять требования моего здоровья и моего эмоционального здоровья (физические осмотры, депрессивное настроение и т.д.).
- Здешние сотрудники помогали мне с другими вопросами и проблемами, связанными с юридической системой/испытательным сроком, семьей и системой образования.
- Мой консультант оказывал необходимые услуги моей семье.
- В результате полученных мной услуг я лучше могу делать то, что хочу.
- Благодаря услугам, которые я получаю, я чувствую меньшую тягу к наркотикам и алкоголю.
- В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.
- Я бы рекомендовал эти услуги другу, которому понадобилась бы подобная помощь. Расскажите нам, что еще вы.
- Вспомните о полученных услугах, какая часть из них была через telehealth (по телефону или через видео-конференцию)?

Нисколько  Очень мало  Примерно половина  Почти все  Все

- Насколько полезными были ваши телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными визитами?

Намного лучше  Несколько лучше  Примерно такой же  Несколько хуже  Не применимо

- Пожалуйста, сообщите нам свои замечания. Что было самым полезным в этой программе? Что бы вы поменяли в этой программе?

Пожалуйста, не пишите никакой идентифицирующей вас информации. Например, НЕ ПИШИТЕ свое имя или номер телефона.

## Теперь расскажите немного о себе.

- Каков ваш пол (пожалуйста, выберите все подходящие варианты)?

Муж  Трансгендер: от женщины к мужчине  
 Жен  Трансгендер: от мужчины к женщине  
 Небинарный пол (ни мужской, ни женский)  
 Другая гендерная идентичность

- Считаете ли вы себя (пожалуйста, выберите все подходящие варианты):

Натуралист/гетеросексуал  Странно  
 Геем или лесбиянкой  Другая сексуальная ориентация  
 Бисексуал  Неизвестно

- Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?

да  Нет  Неизвестно

- Расовая/этническая принадлежность (Пожалуйста, выберите все относящиеся):

Американский индейец/происхождением из Аляски  Другая раса  
 Белый / европеоидная раса  Азиат  
 Темнокожий/афроамериканец  Неизвестно  
 Гаваец/регион тихоокеанских островов

27. Возраст:

--	--

16166



Благодарим за затрату вашего времени на ответы!