



ស្តាប់ ខោនធី/អ្នក
កម្មវិធី សេ

CalOMS Provider ID (required)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Program Reporting Unit (if required by your county):

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



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

សូមឆ្លើយ យល់ដឹង ទាំងនេះ អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក នៅក្នុង ឯកម្មវិធីនេះ:

ដើម្បី ជួយ លម្អិត សេវាកម្ម មួយ ចម្លើយ របស់អ្នក គឺជាការ សម្ងាត់

ហើយនឹងមិនមាន ឥទ្ធិពលលើ សេវាកម្ម ម្តង ម្កាល់ ឬ ប្តូរ ឬ អនាគត ដែល អ្នក ទទួលបាន នោះ ទេ ។



• ស្តី អំពីអ្វី ដែល អ្នក មិនមាន បទពិសោធន៍ទេ

សូមបំពេញ ប្លង់ ខាងក្រោម នៃ ពាក្យថា "មិនពាក់ ព័ន្ធ"

• ចំឡើយ របស់អ្នក គួរ តែ អាច អាន ដាច់ ដោយកុំព្យួរ ទ័រ ។ ដូច្នោះ ហើយ យុត្តិ វិធី ប្រើ ប៊ិច បំពេញ ប្លង់ អោយបាន អស់ នឹង វើ សយកតែ ចំឡើយ មួយ តែ ប៉ុណ្ណោះ នៃ សំណួរ នីមួយៗ ។

យល់ព្រមខ្លាំង
យល់ព្រម
អព្យាក្រឹត
មិនយល់ព្រម
មិនយល់ព្រមខ្លាំង
មិនពាក់ព័ន្ធ

| | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ទីតាំងមានភាពងាយស្រួល (ការធ្វើដំណើរដោយថយក្រុម ឯចំងាយផ្លូវ រឺ ចំណុះ ។ល។) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. សេវាកម្មអាចរកបានភ្លាមនៅពេលដែលល្អ ត្រូវការវា | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ខ្ញុំបានជ្រើសរើសផែនការព្យាបាលនានាតាមការជួយរបស់អ្នកផ្តល់សេវាអោយខ្ញុំ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. បុគ្គលិកបានផ្តល់ពេលវេលាអោយខ្ញុំបានគ្រប់គ្រាន់ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. បុគ្គលិកបានព្យាបាលរូបខ្ញុំដោយមានការគោរព | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. បុគ្គលិកបាននិយាយជាមួយខ្ញុំក្នុងមធ្យោបាយមួយដែលល្អ បានយល់ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. បុគ្គលិកមានការទោទន់បត់បែនទៅតាមប្រវត្តិសាស្ត្រ ការវប្បធម៌របស់ខ្ញុំ (ជាតិ សាសនា សាសនា ភាសា ។ល។) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. បុគ្គលិកទីនេះធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលសុខភាពរាងកាយរបស់ខ្ញុំនានាដើម្បីគាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. បុគ្គលិកទីនេះធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំនានាដើម្បីគាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ជាលទ្ធផលនៃការយល់ដឹងនូវសេវាកម្មនានាដែលខ្ញុំកំពុងទទួលខ្ញុំមានលទ្ធភាពប្រសើរជាងមុនក្នុងការធ្វើការអ្វីផ្សេងនានាដែលខ្ញុំចង់ធ្វើ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាគេស្ម័គ្រចិត្តមិនខ្ញុំនៅទីនេះ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. ជាទូទៅ ខ្ញុំមានការទេពញិក្ខុនិរន្តរ៍ រឺ ភ័យខ្លាច មុននឹង ដែលខ្ញុំបានទទួល | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. ខ្ញុំបានទទួលនូវរាល់ការជួយ/សេវាកម្មនានាទាំងអស់ដែលខ្ញុំត្រូវការ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. ខ្ញុំនឹងធ្វើការណែនាំស្តាប់នេះទៅកាន់មិត្តភក្តិ ក្រុមសមាជិកក្រុមសារ របស់ខ្ញុំ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



15. ឥឡូវ គិតអំពីសេវាកម្ម ម្ចាស់នា ដែលអ្នក បាន ទទួល, តើ តាម តេ លេ សុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន (តាម ទូរ ស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្តិ សិទ្ធិតាមវីដេអូ)?

- គ្មាន តិចតួចណាស់ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ស្ទើរតែទាំងអស់ ទាំងអស់

16. សូមអនុញ្ញាត ឱ្យយើង ដឹងពីយោបល់នានា របស់អ្នក ។ តើ អ្វី ដែល មាន ប្រយោជន៍បំផុត អំពីកម្មវិធីនេះ ? តើ អ្នក នឹងផ្លាស់ ប្តូរ អ្វី អំពីកម្មវិធីនេះ ?

សូមកុំសរសេរ ព័ត៌មាន ណាមួយ ដែលអាច បញ្ជាក់ ពីអត្តសញ្ញាណ អ្នក ។ ជាឧទាហរណ៍, កុំសរសេរ ឈ្មោះ ឬលេខទូរស័ព្ទ របស់អ្នក ។

ឥឡូវ ប្រាប់ យើងបន្តិចអំពីខ្លួនអ្នក ។

17. តើ អ្នក បាន ទទួលសេវាកម្ម ម្តេចទី នេះ

- ពេលពិនិត្យ/កាលបរិច្ឆេទដំបូង 2 សប្តាហ៍ ឬតិចជាង ច្រើនជាង 2 សប្តាហ៍

18. អត្តសញ្ញាណ ភេទ (សូមគូសទាំ ដាច់ខាត ដែល ល្អិត រ)

- ស្រី បុរស ខ្ចីយ អត្តសញ្ញាណទេសសេដ្ឋកិច្ច

19. សាខា/ជាតិ រើសទញ (សូមគូសទាំ ដាច់ខាត ដែល ល្អិត រ)

- អាមេរិកាឥណ្ឌា/ជនជាតិដើមអាឡាសកា ឡាទីណូ ផ្សេងៗ
 អាស៊ី ជនជាតិដើមហាវៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក មិនដឹង
 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង ជនជាតិស្បែកស

20. លំដាប់ អាយុ 18-25 26-35 36-45 46-55 56+

សូមអរគុណ ដែលបាន ចំណាយពេលវេលា លើស្តី យ នូវ សំណួរ ទាំងអស់នេះ !

