

County / Provider Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

Grid for CalOMS Provider ID

Grid for Program Reporting Unit

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

សូមស្នើ យល់ព្រម ទាំងនេះ:

ស្តី អំពីបទពិសោធន៍ របស់អ្នក នៅកម្មវិធីនេះ ដើម្បី ជួយសង្កេត ឱ្យបាន លម្អិត បំផុត អំពីអ្វី ដែល ល្អ មិនមាន បទពិសោធន៍ ។ ចម្លើយ របស់អ្នក មាន លក្ខណៈ សម្ងាត់ និងមិនអាច មាន ឥទ្ធិពល លើ សេវា ពេទ្យ ឬ ប្រព័ន្ធ ប្រមូល ធន ឡើយ.

សូមបំពេញ ក្នុង រយៈពេល ១៥ ទៅ ២០ នាទី ក្រី មត្រូវ ១ មិន ក្រី មត្រូវ ២ ៣ ៤ ៥

Table with 6 columns: យល់ព្រមខ្លាំង, យល់ព្រម, អព្យាក្រឹត, មិនយល់ព្រម, មិនយល់ព្រមខ្លាំង, មិនពាក់ព័ន្ធ

- 1. ទីតាំង មាន ភាព ងាយស្រួល (ការ ធ្វើ ដំណើរ ដោយ ថយក្រចក ដល់ ចំងាយ ដ្ឋាន រឺ ចំណត ។ ល។) .
2. សេវាកម្ម មួយ ឬ ច្រើន ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូន អ្នក នៅ ពេល ដែល ល្អ បំផុត ក្នុង ការ វិវាទ .
3. ខ្ញុំ បាន ជ្រើសរើស ផ្នែក ការ ព្យាបាល នានា តាម ការ ជួយ របស់ អ្នក ផ្តល់ សេវា អោយ ខ្ញុំ .
4. បុគ្គលិក បាន ផ្តល់ ពេលវេលា ល្អ ណាមួយ ខ្ញុំ បាន គ្រប់គ្រាន់ ក្នុង ការ ដោះស្រាយ បញ្ហា របស់ ខ្ញុំ .
5. បុគ្គលិក បាន ព្យាបាល ខ្ញុំ ដោយ មាន ការ គោរព .
6. បុគ្គលិក បាន និយាយ ជាមួយ ខ្ញុំ ក្នុង អំឡុងពេល មួយ ដែល ខ្ញុំ បាន យល់ .
7. បុគ្គលិក មាន ការ ទោទន់ បំផុត ទៅ តាម ប្រព័ន្ធ គ្រួសារ រឺ ការ ប្រជុំ ប្រយោជន៍ របស់ ខ្ញុំ (ជាតិ សាសនា សាសនា ភាសា ។ ល។) .
8. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា គេ ស្វាគមន៍ ខ្ញុំ នៅ ទីនេះ .
9. ជាលទ្ធផល លទ្ធផល របស់ ខ្ញុំ បាន ល្អ បំផុត លើ កំពុង ទទួល ខ្ញុំ មាន លទ្ធភាព ប្រសើរ ជាង មុន ក្នុង ការ ធ្វើ ការ ធ្វើ ផ្សេង គ្នា ដែល ខ្ញុំ ចង់ ធ្វើ .
10. ជាលទ្ធផល លទ្ធផល របស់ ខ្ញុំ បាន ល្អ បំផុត លើ កំពុង ទទួល ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា មិន ល្អ បំផុត បំផុត .
11. ធ្វើ ការ ជាមួយ អ្នក ផ្តល់ ការ ថែទាំ ព្យាបាល សុខភាព រាងកាយ របស់ ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រ ដល់ ការ ជាសះស្បើយ របស់ ខ្ញុំ .
12. ធ្វើ ការ ជាមួយ អ្នក ផ្តល់ ការ ថែទាំ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់ ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រ ដល់ ការ ជាសះស្បើយ របស់ ខ្ញុំ .
13. បុគ្គលិក ទាំងឡាយ នៅ ទីនេះ បាន ជួយ ខ្ញុំ ភ្ជាប់ ទំនាក់ទំនង ទៅ កាន់ សេវា នានា ទៀត តាម ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ (សេវា សង្គម លំនៅដ្ឋាន ។ ល។) .
14. ជាទូទៅ, ខ្ញុំ មាន ការ ទេពញាចិត្ត ដទៃ ទៀត មួយ ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួល .
15. ខ្ញុំ បាន ទទួល បាន រាល់ ការ ជួយ/សេវាកម្ម មួយ ទាំងអស់ ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ .
16. ខ្ញុំ នឹង ធ្វើ ការ ណែនាំ ដល់ នេះ ទៅ កាន់ មិត្ត ក្រុម ឬ សមាជិក ក្រុម គ្រួសារ របស់ ខ្ញុំ .

- 17 ឥឡូវ គិតអំពីសេវាកម្ម មនុស្ស ដែលអ្នក បាន ទទួល, តើ តាម តេ លេ សុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន (តាម ទូរ ស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្និសីទតាម វីដេអូ) ?
 គ្មាន តិចតួចណាស់ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ស្ទើរតែទាំងអស់ ទាំងអស់
- 18 តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយ ផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី មាន សារៈ ប្រយោជន៍ លើ លទ្ធផល ឬទេ ?
 ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន ដូចជាប្រសើរជាងមុន ប្រហែលជាដូចគ្នា ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន
 មិនពាក់ព័ន្ធ
- 19 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 យើងបន្តិចអំពីខ្លួន អ្នក ។

- 20. តើអ្នកមានភរិយាជាអ្វី (សូមជ្រើសរើសយកចំណុចទាំងអស់ដែលល្អ) ?
 បុរស អ្នកដែលបានរកកំផ្លាស់ប្តូរភេទ : ភេទប្រុសទៅជាស្រី
 ស្រី អ្នកដែលបានរកកំផ្លាស់ប្តូរភេទ : ភេទស្រីទៅជាប្រុស
 ភេទដែលពិបាកកំណត់ ដូចជាអ្នកប្តូរភេទជាដើម (មិនប្រុសហើយក៏មិនស្រី)
 អត្តសញ្ញាណភេទមួយទៀត
- 21. តើអ្នកគិតអំពីខ្លួនឯងជាអ្វី (សូមជ្រើសរើសយកអ្វី ដែលល្អ) :
 ភេទចំ/មនុស្សមានការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នកភេទផ្ទុយ ភេទខុសប្រក្រតី
 ប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី ទំនោរភេទមួយទៀត
 ភេទពីរប្រុសស្រីស្រឡាញ់ស្រីស្រឡាញ់ មិនដឹង
- 22. តើអ្នកជាជនជាតិជាប់ស្រឡាញ់ស្រី/អិស្បាណិក/ឡាទីនីដរ ឬទេ?
 មាន អត់មានទេ មិនដឹង
- 23. សារៈ/ជាតិសញ្ជាតិ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែលល្អ អនុវត្ត) :
 អាមេរិកាឥណ្ឌូ/ជនជាតិដើមអាឡាសកា ស្បែកស/អាមេរិកាឯងស
 អាស៊ី សាសន៍មួយទៀត
 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាឯង មិនដឹង
 ជនជាតិដើមហាវៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- 24. លំដាប់អាយុ:
 18-25 26-35 36-45 46-55 56-64 65+

សូម គុណ ដែលបានចំណាយពេលវេលា យល់ ឆ្លើយ សំណួរទាំងអស់នេះ !