

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

សូមឆ្លើយ យល់ដឹង ទាំង នេះ ស្តី អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក នៅកម្មវិធីនេះ ដើម្បី ជួយឆ្លើយ នូវសេវានានាឱ្យប្រសើរឡើង ។

សូមបំពេញ ក្នុង រយៈពេល ១ ម៉ោង ១៥ ទៅ ២ ម៉ោង ១៥ ។

ត្រឹមត្រូវ ១ មិន ត្រឹមត្រូវ ១

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

- 1. ទីតាំង មាន ភាព ងាយស្រួល (ការ ធ្វើ ដំណើរ ដោយ ថយកម្រិត ដល់ ថ្នាក់ ១ ឬ ២) .
2. សេវាកម្ម អាច រកបាន ភ្លាម នៅពេល ល្អ លឿន ត្រូវ ការ ។
3. ខ្ញុំ បាន ជ្រើសរើស វិធីសាស្ត្រ ព្យាបាល នានា តាម ការ ជួយ របស់អ្នក ផ្តល់ សេវាអោយ ខ្ញុំ .
4. បុគ្គលិក បាន ផ្តល់ ពេលវេលា ល្អ ដើម្បី បាន គ្រប់គ្រាន់ ក្នុង ដំណើរការ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ .
5. បុគ្គលិក បាន ព្យាបាល រូបខ្ញុំ ដោយមាន ការ គោរព .
6. បុគ្គលិក បាន និយាយជាមួយ ខ្ញុំ ក្នុង របៀប ងាយស្រួល មួយ ដែល ខ្ញុំ បាន យល់ .
7. បុគ្គលិក មាន ការ ទោទន់ បំភ្លឺ ទៅក្រោម ប្រវត្តិ សារ តាម វិញ្ញាបនបត្រ របស់ខ្ញុំ (ជាតិ សាសនា សាសនា ភាសា ។ ល។) .
8. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា គេ ស្មារតី មិន ល្អ នៅទីនេះ .
9. ជំនួយ ផ្តល់ ដោយផ្ទាល់ នូវ សេវាកម្ម ម្នាក់ៗ ដែល ខ្ញុំ កំពុង ទទួល ខ្ញុំ មាន លទ្ធភាព ប្រសើរ ជាង មុន ក្នុង ការ ធ្វើ ការ ធ្វើ ផ្សេង នានា ដែល ខ្ញុំ ចង់ ធ្វើ .
10. ជំនួយ ផ្តល់ ដោយ ផ្ទាល់ នៃ សេវាដែល ខ្ញុំ កំពុង ទទួល ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា មិន ល្អ ចង់ ប្តូរ .
11. បុគ្គលិក កម្រិត ធ្វើ ការ ជាមួយ អ្នក ផ្តល់ ការ ថែទាំ ព្យាបាល សុខភាព រាង កាយ របស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រ ដល់ ការ ជាសះស្បើយ របស់ខ្ញុំ .
12. បុគ្គលិក កម្រិត ធ្វើ ការ ជាមួយ អ្នក ផ្តល់ ការ ថែទាំ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រ ដល់ ការ ជាសះស្បើយ របស់ខ្ញុំ .
13. បុគ្គលិក ទាំង ឡាយ នៅទីនេះ បាន ជួយ ខ្ញុំ ក្នុង ទំនាក់ទំនង ទៅកាន់ សេវានានា ទៀត តាម ដែល ល្អ ត្រូវ ការ (សេវា ផ្តល់ ជំនួយ ផ្សេង ៗ ។ ល។) .
14. ជាទូទៅ, ខ្ញុំ មាន ការ ទេពញិក្ខន្តិ ដទៃ រវាង មនុស្ស នានា ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួល .
15. ខ្ញុំ បាន ទទួល បាន រាល់ ការ ជួយ/សេវាកម្ម ម្នាក់ៗ ទាំងអស់ ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ .
16. ខ្ញុំ នឹង ធ្វើ ការ ណែនាំ ល្អ ដល់ នេះ ទៅកាន់ មិត្ត ក្រុម ឬ សមាជិក ក្រុម សារ របស់ខ្ញុំ .
17. កម្មវិធី គិតអំពីសេវាកម្ម ម្នាក់ៗ ដែល អ្នក បាន ទទួល, តើ តាម គេ លេខ ភាព ចំនួន ប៉ុន្មាន (តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទនា សិទ្ធិ កាត់ ដៃ អូ) ?
18. តើ ការ ពិនិត្យ តាម រយៈពេល telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀប ទៅនឹង ការ មកពិនិត្យ ដោយ ផ្ទាល់ មុខតាម បែប ប្រពៃណី មាន សារៈ ប្រយោជន៍ លើ លទ្ធផល របស់ ខ្ញុំ ?
19. សូមអនុញ្ញាត ឱ្យយើង ដឹងពីយោបល់នានា របស់អ្នក ។ តើ អ្វី ដែល មាន ប្រយោជន៍ បំផុត អំពីកម្មវិធីនេះ ? តើ អ្នក នឹង ផ្តល់ ឬ អ្វី អំពីកម្មវិធីនេះ ?

Large empty box for providing feedback or comments.

- 20. តើ អ្នក មាន គោរព ទៅអ្វី (សូមជ្រើសរើស យកចំណុច ទាំងអស់ ដែល ល្អ ត្រូវ ការ) ?
21. តើ អ្នក គិតអំពីខ្លួន ឯងថាជាអ្វី (សូមជ្រើសរើស យកអ្វី ដែល ល្អ ត្រូវ ការ) :
22. តើ អ្នក ជាជន ជាតិ ជាប់ សែស្រឡាយ មីកស៊ីក/អ៊ីស្ប៉ានី ក/ឡាទី នៃ ដៃ របស់ ខ្ញុំ ?
23. សារ ០៩/ ជាកូន ទទួល បាន (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ ដែល ល្អ ត្រូវ ការ អនុវត្ត) :
24. លំដាប់ អាយុ:
60060

សូម គណនា ដែល បាន ចំណាយ លើ ឆ្នាំ របស់ អ្នក ទាំងអស់ នេះ !