

(Չափահասների)
County / Provider Use
Only

CalOMS Provider ID (required)

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

Program Reporting Unit (if required by your county):

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

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

- Մեր ծառայությունները բարելավելու համար խնդրում ենք պատասխանել ծրագրի վերաբերյալ մի քանի հարցի: Այն հարցերին, որոնց հետ չեք առնչվել, պատասխանեք՝ «Դժվարանում եմ պատասխանել»:
- Հարցման պատասխանների արդյունքները գաղտնի են և չեն անդրադառնա ընթացիկ կամ հետագա ծառ:

- Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել շրջանակը:



Իշտ է ☐

Միայն է ☐

☐

☐

☐

Կտրականապես համաձայն

Համաձայն եմ

Ես Չեզոք եմ

Համաձայն չեմ

Ուժեղ անհամաձայն եմ

Զի վերաբերում

- | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Վայրը հարմար էր (հասարակական տրանսպորտ, հեռավորությունը, ավտոկայանատեղի, եւն.): | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Ծառայություններ հասանելի են եղել, երբ ես նրանց կարիքն եմ ունեցել: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Ես ընտրել եմ բուժման նպատակներ իմ մատուցողի օգնությամբ: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Աշխատակազմը տվեց ինձ բավականաչափ ժամանակ՝ իմ բուժման նիստերին: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Աշխատակազմը ինձ հետ վերաբերվում էր հարգանքով: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Աշխատակազմն խոսեց ինձ հետ մի կերպով որն ես հասկացա: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Աշխատակազմն զգայուն էր իմ մշակույթի (ռասայի, կրոնի, լեզվի, եւ այլն) նկատմամբ: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ես զգում եմ որ էստեղ ինձ լաւ են ողջունում: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Որպէս ուղղակի հետեւվանք իմ ստացած ծառայություններին, ես շատ ավելի լավ եմ կատարում այն ինչ ցանկանում եմ: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Ինձ մատուցված ծառայությունների արդյունքում ավելի քիչ եմ հակված թմրանյութեր և ալկոհոլ օգտագործելուն: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Աշխատակազմն աշխատում է իմ ֆիզիկական առողջապահություն մատուցողների հետ՝ սատարելու համար իմ առողջությանը: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Աշխատակազմն աշխատում է իմ հոգեկան առողջապահական ծառայությունների եւ մատուցողների հետ՝ սատարելու իմ առողջության: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Անձնակազմն ինձ օգնեց կապ հաստատել այլ ծառայությունների հետ(սոցիալական ծառայություններ, կացարանով ապահովում և այլն.): | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. Ընդհանուր առմամբ ես գոհ եմ ստացած ծառայություններէս: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Ես կարողացել եմ ստանալ բոլոր օգնության ծառայությունները, որոնց ես կարիքը ունեցել եմ: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. Ես խորհուրդ կտայի ընկերոջ կամ ընտանիքի անդամի վստահել այս գործակալության: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. Մտաբերելով ձեր ստացած սպասարկությունները, դրանցից ո՞րքանը տեղի է ունեցել թելեհեյթի միջոցով (հեռախոսով կամ վիդեոկոնֆերանսով): | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Ոչ մեկը ☐ Շատ քիչը ☐ Մոտավորապես կեսը ☐ Գրեթե բոլորը ☐ Բոլորը | | | | | | |
| 18. Ինչանո՞վ եք արդյունավետ համարում հեռահար առողջապահական այցելությունները, անմիջական այցելությունների համեմատ: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Շատ ավելի լավ ☐ Ավելի լավ ☐ Մոտավորապես նույնը ☐ Ավելի վատ ☐ Զի վերաբերում | | | | | | |
| 19. Խնդրում ենք թողնել լրացուցիչ մեկնաբանություններ ձեր բուժման փորձի մասին: ՄԻ՝ գրեք որևէ տեղեկություն, որը կարող է ձեզ նույնականացնել, օրինակ՝ ՄԻ՝ գրեք ձեր անունը կամ հեռախոսահամարը: ՄԻ՝ օգտագործեք այս տարածքը արտակարգ իրավիճակի կամ ճգնաժամի մասին հաղորդում տալու համար: Անմիջապես օգնության ու ստանալու համար խնդրում ենք կապ հաստատել ձեր բուժօգնության մատակարարի հետ կամ զանգահարել 911: | | | | | | |

Հիմա՝ մի քիչ պատմեք ձեր մասին:

- | | |
|---|--|
| 20. Ո՞րն է ձեր սեռը
☐ Արական ☐ Իգական | 23. Ցեղ/Էթնիկություն (Խնդրեմ նշեք այն բոլորը որոնք ձեզ են վերաբերում):
☐ Ամերիկացի Հնդիկ/Ալապացի Բնիկ ☐ Սպիտակ/Եվրոպոիդ
☐ Ասյական ☐ Այլ ռասա
☐ Սե/Աֆրիկացի Ամերիկացի ☐ Անտեղյակ
☐ Բնիկ Հավայցի/Բասիֆիկի կղզիներից |
| 21. Տարիքային համեմատություն:
☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45
☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+ | |
| 22. Մեքսիկացի՞ եք /խալանախո՞ւ/ լատինաամերիկյան ծագո՞ւմ ունեք:
☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Անտեղյակ | |

29776



Ճնորհակալ ենք, որ ժամանակ տրամադրում էք հարցերին պատասխանելու: