

County / Provider Use
Only

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

لطفاً جهت بهبود خدمات، به پرسش های زیر در مورد تجربه ی خود در برنامه پاسخ دهید. اگر سوال در مورد موضوعی است که شما آن را تجربه نکرده اید، از استفاده کنید. پاسخ های شما محرمانه [Not applicable] عبارت "کاربرد ندارد" باقی می ماند و بر خدمات حال حاضر و یا آین.

لطفاً دایره را کاملاً پر کنید.  درست ● غلط ☒ ☓ ○

مصدق ندارد
کاملاً مخالفم
مخالفم
نظری ندارم
موافقم
کاملاً موافقم

1. محل راحت بود (از نظر وسیله حمل و نقل عمومی، مسافت، پارکینگ و غیره).
2. خدمات زمانی که به آن ها نیاز داشتم در دسترس بودند.
3. با کمک ارائه دهنده خدمات خود، اهداف درمانی را انتخاب کردم.
4. کادر درمانی در جلسات درمانی ام، وقت کافی را به من اختصاص دادند .

5. کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند .
6. کادر درمانی طوری با من صحبت می کردند که متوجه می شدم .
7. کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند.
8. احساس می کنم در اینجا راحت هستم.

9. در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، بهتر می توانم کارهایی که می خواهم را انجام دهم.
10. به خاطر نتایج مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، تمایل کمتری به مصرف مواد مخدر و الکل دارم.
11. کادر درمانی در اینجا با ارائه دهنندگان خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.
12. کادر درمانی در اینجا با ارائه دهنندگان خدمات سلامت ذهنی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.

13. کارکنان به من کمک کردند تا با خدمات مورد نیاز دیگر (خدمات اجتماعی اسکان و غیره) در ارتباط باشم.
14. به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم.
15. توانستم همه کمک ها/خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنم .
16. این آژانس را به دوستان یا اعضای خانواده خود نیز توصیه می کنم.



17. اکنون به خدماتی که دریافت نمودید فکر کنید؛ چه مقدار از آن درمان از راه دور بود (از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی)؟

هیچ ☐ خیلی کم ☐ تقریباً نصف آن ☐ تقریباً تمام آن ☐ تمام آن ☐

18. چقدر برای شما مفید بوده است؟ (telehealth) در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور

خیلی بهتر ☐ تا حدی بهتر ☐ تقریباً مشابه ☐ تا حدی بدتر ☐
☐ مصداق ندارد

19. لطفاً نظرات یا توضیحات بیشتری درباره تجربه‌تان از دریافت خدمات درمانی بنویسید. هیچ اطلاعاتی که ممکن است هویتتان را مشخص کند، وارد نکنید؛ برای مثال، نام یا شماره تلفنتان را ننویسید. از این فضا برای گزارش وضعیت اضطراری یا بحرانی استفاده نکنید. برای دریافت کمک فوری، لطفاً با ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان یا 911 تماس بگیرید.

اکنون کمی درباره خودتان بگویید

20. جنسیت بیولوژیکی شما چیست؟

☐ مرد ☐ زن

21. محدوده سنی:

☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+

22. آیا شما از تبار مکزیکی، اسپانیایی یا لاتین هستید؟

☐ بله ☐ خیر ☐ ناشناخته

23. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):

☐ آمریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا ☐ سفید/سفید پوست اروپایی
☐ آسیایی ☐ نژاد دیگر
☐ سیاهپوست/آفریقایی ☐ ناشناخته
☐ بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام

از اینکه وقت خود را صرف پاسخ‌گویی
به این پرسش‌نامه می‌کنید، سپاس‌گزاریم!

47285

