

	County / Provider Use Only	CalOMS Provider ID (required)	Program Reporting Unit (if required by your county):																
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Treatment Setting (required): ☐ OP/IOP ☐ Residential ☐ OTP/NTP ☐ Detox/WM (standalone) ☐ Partial hospitalization																			

- សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ ស្តី អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក នៅក្នុង ម្ចាស់ ផ្ទះនេះដើម្បី ជួយបង្កើនសេវាធានាឲ្យប្រសើរឡើង ។ សូមប្រើ"មិនអាចត្រូវ" ប្រសិនបើលោក ឬស្រីអ្នក ដែលអ្នក មិនមានបទពិសោធន៍ ។ ចម្លើយរបស់អ្នក មានលក្ខណៈ សម្ងាត់ និងមិនអាចមានឥទ្ធិពលលើសេវាធានាពេលបច្ចុប្បន្ន ឬអនាគតឡើយ
- សូមបំពេញក្នុង ឯងទាំងស្រុង។ ត្រឹមត្រូវ ● មិនត្រឹមត្រូវ ○ ⊗ ✓

យល់ព្រមខ្លាំង
យល់ព្រម
អព្យាក្រឹត
មិនយល់ព្រម
មិនយល់ព្រមខ្លាំង
មិនពាក់ព័ន្ធ

1. ទីតាំងមានភាពងាយស្រួល (ការធ្វើដំណើរដោយ រថយន្តក្រុង ឯ ចំងាយផ្លូវ វ ចំណត ។ល។)។

2. សេវាកម្មអាច រកបានភ្លាម នៅពេលដែលខ្ញុំ ត្រូវការវា។



3. ខ្ញុំ បានជ្រើសរើសផែនការព្យាបាល នានា តាមការជួយរបស់អ្នក ផ្តល់ សេវាឱ្យខ្ញុំ ។

4. បុគ្គលិក កបានផ្តល់ ពេលវេលាអោយ ខ្ញុំ បានគ្រប់គ្រាន់ ក្នុង កំឡុងពេលព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។

5. បុគ្គលិក ក្នុងប្រព័ន្ធព័ន្ធនៃ ខ្ញុំ ដោយ ការគោរព ។

6. បុគ្គលិក កបាននិយាយជាមួយខ្ញុំ ក្នុង ឯមធ្យោបាយ មួយដែលខ្ញុំ បានយល់។

7. បុគ្គលិក មានការទោទ ន់ បត់បែន ទៅតាម ប្រវត្តិ សាវតា វប្បធម៌ មីរបស់ខ្ញុំ (ជាតិសាសនា ភាសា ។ល។)។

8. ខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថា គេស្អាត មន្ទីរខ្ញុំ នៅទី នេះ។

9. ជាលទ្ធផល លដោយ ផ្ទាល់ នូវសេវាកម្មនានាដែលខ្ញុំ កំពុងទទួល

○ ○ ○ ○ ○ ○

- ខ្ញុំ មានលទ្ធភាព ប្រសើរជាងមុន ក្នុងការធ្វើការអ្វីផ្សេង នានា ដែលខ្ញុំ ចង់ធ្វើ។

10. ជាលទ្ធផល លម្អៀង នៃសេវាដែលខ្ញុំ កំពុងទទួល ខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថាមិនសូវចង់ដូចមុន។

11. បុគ្គលិក កម្មវិធីនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាល សុខភាពរាងកាយរបស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ ។

12. បុគ្គលិក កម្មវិធីនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាល សុខភាពផ្លូវ រចិត្ត របស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ ។

13. បុគ្គលិកទាំងឡាយនៅទីនេះ បានជួយខ្ញុំ ភ្ជាប់ ទំនាក់ទំនងទៅកាន់ សេវាធានាដទៃទៀត តាមដែលត្រូវការ (សេវាសង្គម លំនៅដ្ឋាន ។ល។)។



14. ជាមួយ ខ្ញុំ ពេញចិត្តនឹង ឯសេវាកម្មដែល លក់ បានទទួល។

15. ខ្ញុំ បានទទួលនូវរាល់ការជួយ/សេវាកម្មនានា ទាំងអស់ ដែលខ្ញុំ ត្រូវការ។

16. ខ្ញុំ នឹងណែនាំទីភ្នាក់ ងារនេះទៅឲ្យមិត្តភក្តិ ឬ សមាជិកគ្រួសារ។



17. ឥឡូវគិតអំពីសេវាកម្មនានា ដែលអ្នក បានទទួល, តើមតិលេសុខភាពចំនួនប៉ុន្មាន

(តាមទូរស័ព្ទ ឬការធ្វើសន្ទិសិនតាមវីដេអូ)?

☐ គ្មាន ☐ តិចតួចណាស់ ☐ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ☐ ស្មើតែទាំងអស់ ☐ ទាំងអស់

18. តើការពិនិត្យតាម រយៈ telehealth របស់អ្នក

ប្រៀបធៀបទៅនឹងការមកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាមបែបប្រពៃណី មានសារៈប្រយោជន៍ដែលជួយដែរឬទេ?

☐ ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន ☐ ដូចជាប្រសើរជាងមុន ☐ ប្រហែលជាដូចគ្នា ☐ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន
☐ មិនពាក់ព័ន្ធ

19. សូមផ្តល់ មតិយោបល់បន្ថែម អំពីបទពិសោធនៃការព្យាបាល របស់អ្នក ។

កុំសរសេរព័ត៌មានណាមួយដែលអាចបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណ របស់អ្នក ឧទាហរណ៍៖ កុំសរសេរឈ្មោះ

ឬលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក ។ កុំប្រើប្រាស់ទីកន្លែង នេះដើម្បី រាយការណ៍អំពីស្ថានភាពអាសន្ន ឬវិបត្តិ ។

សម្រាប់ជំនួយភ្លាមៗ សូមទាក់ទងអ្នក ផ្តល់ សេវាព្យាបាល របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅលេខ 911។

ឥឡូវប្រាប់យើងបន្តិចអំពីខ្លួនអ្នក ។

20. ភេទរបស់អ្នក គឺអ្វី?

☐ បុរស ☐ ស្រី

21. ចន្លោះ អាយុ៖

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

22. ជាតិពន្ធុ ជាតិសាសន៍ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។)៖

☐ មាន ☐ អត់មានទេ ☐ មិនដឹង

23. ជាតិពន្ធុ ជាតិសាសន៍ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។)៖

☐ អាមេរិកាំង/ជនជាតិដើមអាឡាសកា
☐ អាស៊ី
☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង
☐ ចន្លោះអាយុ៖

☐ ស្បែកស/អាមេរិកាំងស
☐ សាសន៍មួយទៀត
☐ មិនដឹង

សូមអរគុណ ដែលបានចំណាយពេលធ្វើ យ នូវសំណួរទាំងអស់នេះ!