



County / Provider Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

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

[illegible]

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

- សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះស្តី អំពីបទពិសោធ នៃរបស់អ្នក នៅក្នុង ម្យ៉ាង ធីនេះដើម្បី ជួយបង្កើនសេវាធានាឲ្យប្រសើរឡើង ។ សូមប្រើ"មិនអាចត្រូវ" ប្រសិនបើសំណួរ សួរអំពីអ្វី ដែលអ្នក មិនមានបទពិសោធ ន៍ ។ ចម្លើយរបស់អ្នក មានលក្ខណៈ សម្ងាត់ និងមិនអាចមានឥទ្ធិពលលើសេវាធានាពេលបច្ចុប្បន្ន ឬអនាគតឡើយ។

- សូមបំពេញក្នុង ងង្គង់ ទាំងស្រុង។



ត្រឹមត្រូវ ●

មិនត្រឹមត្រូវ ☐ ☒ ☒

យល់ព្រមខ្លាំង	០	០	០	០	០	០	០	០	០
យល់ព្រម	០	០	០	០	០	០	០	០	០
អព្យាក្រឹត	០	០	០	០	០	០	០	០	០
មិនយល់ព្រម	០	០	០	០	០	០	០	០	០
មិនយល់ព្រមខ្លាំង	០	០	០	០	០	០	០	០	០
មិនពាក់ព័ន្ធ	០	០	០	០	០	០	០	០	០

1. ទីតាំងមានភាពងាយស្រួល (ការធ្វើដំណើរដោយ រថយន្តក្រុង ង ចំងាយផ្លូវ រ ចំណត ។ល។)។
2. សេវាកម្មអាច រកបានភ្លាម នៅពេលដែលខ្ញុំ ត្រូវការវា។
3. ខ្ញុំ បានជ្រើសរើសផែនការព្យាបាល នានា តាមការជួយរបស់អ្នក ផ្តល់ សេវាឱ្យខ្ញុំ ។
4. បុគ្គលិក បានផ្តល់ ពេលវេលាអោយ ខ្ញុំ បានគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។
5. បុគ្គលិក បានប្រព្រឹត្តិ ចំពោះ ខ្ញុំ ដោយ ការគោរព ។
6. បុគ្គលិក បាននិយាយជាមួយខ្ញុំ ក្នុង អំឡុងពេល មួយដែលខ្ញុំ បានយល់។
7. បុគ្គលិក មានការទោចន៍ បំភ័យបន្តិចទៅតាម ប្រវត្តិ សារវត្ថុ របស់ខ្ញុំ (ជាតិសាសនា សាសនា ភាសា ។ល។)។
8. ខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថា គេស្ម័គ្រ មន៍ខ្ញុំ នៅទី នេះ។
9. ជាលទ្ធផល លំដោយ ផ្ទាល់ នូវសេវាកម្មនានាដែលខ្ញុំ កំពុងទទួល ខ្ញុំ មានលទ្ធភាព ប្រសើរជាងមុន ក្នុងការធ្វើការធ្វើផ្សេង នានា ដែលខ្ញុំ ចង់ធ្វើ។
10. ជាលទ្ធផល លំដោយ នៃសេវាដែលខ្ញុំ កំពុងទទួល ខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថាមិនសូវចង់ដូចមុន។
11. បុគ្គលិក កម្រើន ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាល សុខភាពរាងកាយរបស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ ។
12. បុគ្គលិក កម្រើន ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាល សុខភាពផ្លូវចិត្ត របស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ ។

13. បុគ្គលិក កទាំងឡាយនៅទីនេះ បានជួយខ្ញុំ ភ្ជាប់ ទំនាក់ទំនងទៅកាន់ សេវានានាដទៃទៀត តាមដែលត្រូវការ (សេវាសង្គម)
14. ជាមួយ ខ្ញុំ ពេញចិត្តនឹង សេវាកម្មដែល ខ្ញុំ បានទទួល។
15. ខ្ញុំ បានទទួលនូវរាល់ការជួយ/សេវាកម្មនានា ទាំងអស់ ដែលខ្ញុំ ត្រូវការ។
16. ខ្ញុំ នឹងណែនាំទីភ្នាក់ងារនេះទៅឲ្យមិត្តភក្តិ ឬ សមាជិកគ្រួសារ។

17. ឥឡូវគិតអំពីសេវាកម្មនានា ដែលអ្នក បានទទួល, តើមេតេសុខភាពចំនួនប៉ុន្មាន (តាមទូរស័ព្ទ ឬការធ្វើសន្តិ សិទតាមវីដេអូ)?

☐ គ្មាន
 ☐ តិចតួចណាស់
 ☐ ប្រហែលពាក់កណ្តាល
 ☐ ស្ទើរតែទាំងអស់
 ☐ ទាំងអស់

18. តើវាពិនិត្យតាម រយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការមកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាមបែបប្រពៃណី មានសារៈប្រយោជន៍ដែលជួយដែរឬទេ?

☐ ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន
 ☐ ដូចជាប្រសើរជាងមុន
 ☐ ប្រហែលជាដូចគ្នា
 ☐ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន
 ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ

19. សូមផ្តល់ មតិយោបល់បន្ថែម អំពីបទពិសោធន៍ នៃការព្យាបាល របស់អ្នក ។ កុំសរសេរព័ត៌មានណាមួយដែលអាចបញ្ជាក់ ពីអត្តសញ្ញាណ របស់អ្នក ឧទាហរណ៍៖ កុំសរសេរឈ្មោះ ឬលេខទូរសព្ទ របស់អ្នក ។ កុំប្រើប្រាស់ទីកន្លែង នេះដើម្បី រាយការណ៍អំពីស្ថានភាពអាសន្ន ឬប្រវត្តិ ។ សម្រាប់ជំនួយភ្លាមៗ សូមទាក់ទងអ្នក ផ្តល់ សេវាព្យាបាល របស់អ្នក បច្ចុប្បន្នទៅលេខ 911។

ឥឡូវប្រាប់យើងបន្តិច អំពីខ្លួន អង្គ ។

20. តើរបស់អ្នក គឺអ្វី ?

○ បុរស ○ ស្រី

21. ចន្លោះ អាយុ៖

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

22. ជាតិពន្ធ ជាតិសាសន៍ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។) ៖

☐ មាន ☐ អត់មានទេ ☐ មិនដឹង

23. ជាតិពន្ធ ជាតិសាសន៍ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។) ៖

- ☐ អាមេរិកាឥណ្ឌា/ជនជាតិដើមអាឡាស់កា
- ☐ អាស៊ី
- ☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកាអាមេរិកាំង
- ☐ ចន្លោះអាយុ៖
- ☐ ស្បែកស/អាមេរិកាំងស
- ☐ សាសន៍មួយទៀត
- ☐ មិនដឹង

44576



សមអរគណ ដែលបានចំណាយពេលឆ្នើ យ នរសំណរទាំងអស់នេះ!