

[illegible]

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

- សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះស្តីអំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នកនៅកម្ពុជា ឬក៏នៅក្នុងតំបន់ដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់សេវា។ សូមប្រើ "មិនអាចត្រូវបានប្រសិនបើសំណួរ" សម្រាប់អ្វីដែលអ្នកមិនមានបទពិសោធន៍នោះទេ។ ចម្លើយរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្ងាត់ និងមិនអាចមានឥទ្ធិពលលើសវិធានការណ៍របស់យើងឡើយ។
- សូមបំពេញក្នុងរង្វង់ទាំងស្រុង។  ត្រឹមត្រូវ ● មិនត្រឹមត្រូវ ○ ☒ ☑

• សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ ស្តី អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក នៅក្នុង ឬរំឭកនូវ ជំនួយបង្កើនសេវាធានាឲ្យប្រសើរឡើង ។ សូមប្រើ "មិនអាចត្រូវ" ប្រសិនបើសំណួរ សួរអំពីអ្វី ដែលអ្នក មិនមានបទពិសោធន៍ ។ ចម្លើយរបស់អ្នក មានលក្ខណៈ សម្ងាត់ និងមិនអាចមានឥទ្ធិពលលើសេវាធានាពេលបច្ចុប្បន្ន ឬអនាគតឡើយ។ • សូមបំពេញក្នុង រង្វង់ ទាំងស្រុង។	 ត្រឹមត្រូវ ●	មិនត្រឹមត្រូវ ○ ○ ○	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ទីតាំងមានភាពងាយស្រួល (ការធ្វើដំណើរដោយ រថយន្តក្រុង ឯ 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. ខ្ញុំ បានទទួលសេវាកម្មដ៏ ល្អត្រឹមត្រូវសម្រាប់ខ្ញុំ ។								
6. បុគ្គលិក បាននិយាយជាមួយខ្ញុំ ក្នុង ឯមធ្យោបាយ មួយដែលខ្ញុំ បានយល់។								
7. បុគ្គលិក មានការទោទន់ បត់បែន ទៅតាម ប្រវត្តិ សាវតារ វប្បធម៌ មររបស់ខ្ញុំ (ជាតិសាសនា សាសនា ភាសា ។ល។)។								
8. ខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថា គេស្ម័គ្រចិត្ត មន៍ខ្ញុំ នៅទី នេះ។								
9. ជាលទ្ធផល លំដោយ ផ្ទាល់ នូវសេវាកម្មនានាដែល ខ្ញុំ កំពុងទទួល ខ្ញុំ មានលទ្ធភាព ប្រសើរជាងមុន ក្នុងការធ្វើការធ្វើផ្សេង នានា ដែលខ្ញុំ ចង់ធ្វើ។								
10. ជាលទ្ធផល លំដោយ នៃសេវាដែលខ្ញុំ កំពុងទទួល ខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថាមិនសូវចង់ដូចមុន។								
11. បុគ្គលិក កម្រិតនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាល សុខភាពរាងកាយរបស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ ។								
12. បុគ្គលិក កម្រិតនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាល សុខភាពផ្លូវ រថយន្ត បស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ ។								
13. បុគ្គលិក កម្រិតនេះ បានជួយខ្ញុំ ភ្ជាប់ ទំនាក់ទំនងទៅកាន់ សេវានានាដទៃទៀត តាមដែលត្រូវការ (សេវាសង្គម នៅផ្ទះ ។ល។)។								
14. បុគ្គលិក នៅទី នេះ បានជួយខ្ញុំ នូវបញ្ហា និងសេចក្តី កង្វល់ នានាដែលខ្ញុំ មាន ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹង ផ្លូវ រថយន្ត /ការសាកល្បង , ប្រព័ន្ធ គ្រួសារ និងការអប់រំនានា។								
15. ខ្ញុំ បានទទួលនូវរាល់ការជួយ/សេវាកម្មនានា ទាំងអស់ ដែលខ្ញុំ ត្រូវការ។								
16. ជាលទ្ធផល នៃសេវានានាទាំងអស់ដែលខ្ញុំ បានទទួលខ្ញុំ មានការប្រសើរឡើងក្នុងការធ្វើអ្វីៗនានាដែលខ្ញុំ ចង់ធ្វើ។								
17. ជាលទ្ធផល លំដោយ នៃសេវាដែលខ្ញុំ កំពុងទទួល ខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថាមិនសូវចង់ដូចមុន ។								
18. ជារួម ខ្ញុំ ពេញចិត្តនឹង សេវាកម្មដែល ខ្ញុំ បានទទួល។								
19. ខ្ញុំ និងធ្វើការណែនាំនូវសេវានានាទាំងនេះ ទៅកាន់ មិត្តភក្តិ ក្រុម ដែលត្រូវការនូវជំនួយស្រដៀងនេះ។								
20. ឥឡូវគិតអំពីសេវាកម្មនានា ដែលអ្នក បានទទួល, តើតាមតើលេខសុខភាពចំនួនប៉ុន្មាន (តាមទូរស័ព្ទ ឬការធ្វើសន្និសីទតាមវីដេអូ)? ○ គ្មាន ○ តិចតួចណាស់ ○ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ○ ស្ទើរតែទាំងអស់ ○ ទាំងអស់								
21. តើការពិនិត្យតាម រយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀប ទៅនឹង ការពិនិត្យដោយ ផ្ទាល់ មុខតាមបែបប្រពៃណី មានសារៈប្រយោជន៍ដែលជួយដែរឬទេ? ○ ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន ○ ដូចជាប្រសើរជាងមុន ○ ប្រហែលជាដូចគ្នា ○ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន ○ មិនពាក់ព័ន្ធ								
22. សូមផ្តល់ មតិយោបល់បន្ថែម អំពីបទពិសោធន៍ នៃការព្យាបាល របស់អ្នក ។ កុំសរសេរព័ត៌មានណាមួយដែលអាចបញ្ជាក់ ពីអត្តសញ្ញាណ របស់អ្នក ឧទាហរណ៍៖ កុំសរសេរឈ្មោះ ឬលេខទូរសព្ទ របស់អ្នក ។ កុំប្រើប្រាស់ទីកន្លែង នេះដើម្បី រាយការណ៍អំពីស្ថានភាពអាក្រក់ ឬបញ្ហា ។ សម្រាប់ជំនួយភ្លាមៗ សូមទាក់ទងអ្នក ផ្តល់ សេវាព្យាបាល របស់អ្នក បន្តសេវាទៅលេខ 911។								

ឥឡូវប្រាប់យើងបន្តិ ចំអំពីខ្លួន អ្នក ។

23. ហេតុអ្វីហ្ន៎ក គឺអ្វី ? 〇 បុរស 〇 ស្ត្រី

24. **နာယုဉ်း**

25. ជាតិពន្ធ ជាតិសាសន៍ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។) ៖
☐ មាន ☐ អត់មានទេ ☐ មិនដឹង

26. ជាតិពន្ធ ជាតិសាសន៍ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។)៖
- ☐ អាមេរិកាឥណ្ឌា/ជនជាតិដើមអាឡាស់កា
 - ☐ អាស៊ី
 - ☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង
 - ☐ ចន្លោះអាយុ៖
 - ☐ ស្បែកស/អាមេរិកាំងស
 - ☐ សាសន៍មួយទៀត
 - ☐ មិនដឹង
- 6927