

استطلاع لأراء العلاج (للبالغين)

**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

• يرجى الإجابة على هذه الأسئلة حول تجربتك في هذا البرنامج للمساعدة في تحسين الخدمات. استخدم "لا ينطبق" إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجربته. إجاباتك سرية ولن تؤثر على الخدمة الحالية أو المستقبلية.

• الرجاء ملء الدائرة بالكامل.  صحيح  غير صحيح  

غير قابل للتطبيق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	أنا محايد	أوافق	موافق بشدة	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	1. موقع الخدمات كان مناسباً بالنسبة لي.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	2. كانت الخدمات متوفرة في أوقات مناسبة بالنسبة لي.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	3. خبرتي كانت جيدة في الالتحاق بالعلاج.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	4. لقد عملت أنا و مستشاري معاً من أجل أهداف العلاج.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	5. تلقيت خدمات كانت مناسبة لي.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	6. عاملني الموظفون باحترام.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	7. أشعر أن مستشاري أخذ الوقت للاستماع إلى ما كان علي قوله.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	8. لقد طورت علاقة إيجابية وثقة مع مستشاراتي.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	9. كان الموظفون حساسين لخفيئتنا الثقافية (العرق، الدين، اللغة، وما إلى ذلك) .
☐	☐	☐	☐	☐	☐	10. أشعر أن مستشاري كان يهتم بي بإخلاص وفهمي.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	11. أحببت مستشاري هنا.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	12. مستشاري قادر على مساعدتي.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	13. نا يتأكدون من تلبية احتياجاتي الصحية والعاطفية (إختبارات بدنية ، مكتئب المزاج، وما إلى ذلك).
☐	☐	☐	☐	☐	☐	14. ساعدني الموظفون هنا في القضايا والأمور الأخرى التي تتعلق بالنظم القانونية / فترة المراقبة، والنظم الأسرية والتعليمية.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	15. وقدم مستشاري الخدمات اللازمة لعائلتي.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	16. كنتيجة للخدمات التي تلقيتها ، أصبحت أقدر على القيام بأشياء أريد القيام بها.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	17. كنتيجة مباشرة للخدمات التي أتلقاها، أشعر برغبة أقل في المخدرات والكحول.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	18. بشكل عام. أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	19. سوف أوصي بالخدمات للأصدقاء الذين يحتاجون إلى مساعدة مماثلة.
20. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها ، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد (عبر الهاتف أو مؤتمرات الفيديو)؟						
☐ لا شيء ☐ قليل جداً ☐ حوالي النصف ☐ الكل تقريباً ☐ الكل						
21. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟						
☐ أفضل بكثير ☐ أفضل إلى حد ما ☐ نفس الشيء تقريباً ☐ أسوأ إلى حد ما ☐ غير قابل للتطبيق						
22. يرجى ترك تعليقات إضافية حول تجربتك العلاجية. لا تكتب أي معلومات قد تكشف هويتك، على سبيل المثال لا تكتب اسمك أو رقم هاتفك. لا تستخدم هذه المساحة للإبلاغ عن حالة طوارئ أو كارثة. للحصول على مساعدة فورية، يرجى الاتصال بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو الاتصال برقم الطوارئ 911.						

أخبرنا الآن قليلاً عن نفسك

23. ما جنسك؟ ☐ ذكر ☐ أنثى

24. العمر:
25. هل أنت من أصل مكسيكي / إسباني / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف

26. العرق / الأصل (يرجى اختيار كل ما ينطبق):

☐ أمريكي هندي / مواطن أصلي من ألاسكا
 ☐ أبيض/قوقازي

☐ آسيوي
 ☐ عرق آخر

☐ أسود / أمريكي أفريقي
 ☐ غير معروف

☐ مواطن من هاواي / من جزر المحيط الهادئ

16562



أشكركم على أخذ الوقت للرد على هذه الأسئلة !