

(для взрослых)

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

• Пожалуйста, ответьте на эти вопросы о своем опыте участия в этой программе, чтобы помочь улучшить обслуживание. Используйте ответ «Неприменимо», если вопрос касается чего-то, с чем вы не сталкивались. Ваши ответы конфиденциальны и не повлияют на ваше текущее.

• Пожалуйста, заполните кружки полностью.



Верный



Неверно



Полностью согласен

Согласен

Отношусь нейтрально

Не согласен

Совсем не согласен

Не применимо

1. Место, где оказывались услуги, было удобным для меня.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Услуги были доступны в удобное для меня время.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. У меня были хорошие впечатления о процедуре записи на лечение.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Мой консультант и я вместе работали над целями лечения.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Я получал услуги, подходящие для меня.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Персонал относился ко мне с уважением.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Мне кажется, что мой консультант не торопясь выслушивал все, что я хотел сказать.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. У меня сложились позитивные, доверительные отношения с моим консультантом.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Я чувствую, что мой консультант был искренне заинтересован во мне и понимал меня.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Мне понравился мой консультант здесь.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Мой консультант в состоянии мне помочь.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Здешние сотрудники заботятся о том, чтобы удовлетворять требования моего здоровья и моего эмоционального здоровья (физические осмотры, депрессивное настроение и т.д.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Здешние сотрудники помогали мне с другими вопросами и проблемами, связанными с юридической системой/испытательным сроком, семьей и системой образования.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Мой консультант оказывал необходимые услуги моей семье.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. В результате полученных мной услуг я лучше могу делать то, что хочу.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Благодаря услугам, которые я получаю, я чувствую меньшую тягу к наркотикам и алкоголю.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Я бы рекомендовал эти услуги другу, которому понадобилась бы подобная помощь. Расскажите нам, что еще вы.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

60125



20. Вспомните о полученных услугах, какая часть из них была через telehealth (по телефону или через видео-конференцию)?
☐ Нисколько ☐ Очень мало ☐ Примерно половина ☐ Почти все ☐ Все
21. Насколько полезными были ваши телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными визитами?
☐ Намного лучше ☐ Несколько лучше ☐ Примерно такой же ☐ Несколько хуже
☐ Не применимо
22. Пожалуйста, оставьте дополнительные комментарии о вашем опыте лечения. НЕ указывайте никакой информации, по которой вас можно было бы идентифицировать, например, НЕ указывайте своё имя или номер телефона. НЕ используйте это поле для сообщения о чрезвычайной или кризисной ситуации. Для получения немедленной помощи обратитесь к своему лечащему врачу или позвоните по номеру 911.

Теперь расскажите немного о себе.

23. Укажите ваш пол.
☐ Мужской ☐ Женский
24. Возраст:
25. Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?
☐ да ☐ Нет ☐ Неизвестно
26. Расовая/этническая принадлежность (Пожалуйста, выберите все относящиеся):
☐ Американский индеец/происхождением из Аляски
☐ Белый / европеоидная раса
☐ Темнокожий/афроамериканец
☐ Гаваец/регион тихоокеанских островов
☐ Другая раса
☐ Азиат
☐ Неизвестно

Благодарим за затрату вашего времени на ответы!

60125