

Home Unit

CalOMS

Provider ID

ការសង្កេតការណ៍យល់ដឹងអំពីការព្យាបាល (មនុស្សពេញវ័យ)

Program Reporting Unit

(address)

Setting: ☐ Early Intervention ☐ OP/IOP ☐ Residential ☐ OTP ☐ Detox/WM ☐ Recovery Services

Field Based Surveys: Agency Address

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះអំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីនេះ ដើម្បីជួយកែលម្អសេវាកម្ម។ ប្រើ "មិនអាចអនុវត្តបាន" ប្រសិនបើសំណួរគឺអំពីអ្វីដែលអ្នកមិនធ្លាប់មាន។ ចម្លើយរបស់អ្នកគឺជាការសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមានឥទ្ធិពលលើសេវាកម្មបច្ចុប្បន្ន ឬអនាគតដែលអ្នកទទួលបាននោះទេ។ កុំសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើទម្រង់នេះ។

សូមប្រើប៊ិចខ្មៅ ហើយដាក់អក្សរ "X" នៅក្នុងប្រអប់។
ជ្រើសរើសចម្លើយតែមួយសម្រាប់សំណួរនីមួយៗ។

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ: (MM/DD/YYYY)

ត្រឹមត្រូវ

មិនត្រឹមត្រូវ

☒
☐
☒

គាំទ្រពេញទំហំ

យល់ព្រម

ខ្ជិលអារម្មណ៍

មិនយល់ស្រប

មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

មិនអាចអនុវត្ត

1. ទីតាំងមានភាពងាយស្រួល (ការធ្វើដំណើរដោយរថយន្តក្រុង ថ្នាក់រថយន្ត ថ្នាក់រថយន្ត ។ល។).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. សេវាកម្មអាចអនុវត្តបានក្នុង ពេលដែលខ្ញុំត្រូវការវា.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ខ្ញុំបានជ្រើសរើសគោលដៅសង្គ្រោះ/ការព្យាបាល/ការស្តារឡើងវិញដំបូង ដោយមានជំនួយពីអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. បុគ្គលិកបានផ្តល់ពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ដល់ខ្ញុំក្នុងវគ្គអន្តរាគមន៍/ការព្យាបាល/ការសង្គ្រោះដំបូងរបស់ខ្ញុំ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. បុគ្គលិកបានព្យាបាលរូបខ្ញុំ ដោយមានការគោរព.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. បុគ្គលិកបាននិយាយជាមួយខ្ញុំ ក្នុងមធ្យោបាយមួយដែលខ្ញុំបានយល់.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. បុគ្គលិកមានការទោទន់ បត់បែន ទៅតាមប្រវត្តិសាស្ត្រ វប្បធម៌របស់ខ្ញុំ (ជាតិសាសនា សាសនា ភាសា ។ល។).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថា គេស្វាគមន៍ខ្ញុំនៅទីនេះ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ជាលទ្ធផលដោយផ្ទាល់នូវសេវាកម្មនានាដែលខ្ញុំកំពុងទទួល ខ្ញុំមានលទ្ធភាពប្រសើរជាងមុន ក្នុងការធ្វើការធ្វើផ្សេងៗនានា ដែលខ្ញុំចង់ធ្វើ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ជាលទ្ធផលផ្ទាល់នៃសេវាដែលខ្ញុំកំពុងទទួល ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាមិនសូវចង់ដូចមុន.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. បុគ្គលិកទីនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលសុខភាពរាងកាយរបស់ខ្ញុំនានា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. បុគ្គលិកទីនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំនានា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. បុគ្គលិកទាំងឡាយនៅទីនេះ បានជួយខ្ញុំភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវានានាដទៃទៀត តាមដែលត្រូវការ (សេវាសង្គម លំនៅដ្ឋាន។ល។).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ជាទូទៅ, ខ្ញុំមានការទេញចិត្តនឹងទេវកម្មនានា ដែលខ្ញុំបានទទួល.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. ខ្ញុំបានទទួលនូវរាល់ការជួយ/សេវាកម្មនានា ទាំងអស់ ដែលខ្ញុំត្រូវការ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. ខ្ញុំនឹងធ្វើការណែនាំស្ថាប័ននេះ ទៅកាន់មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍សុខស្រួលក្នុងការពិភាក្សាអំពីភាពយឺតយ៉ាវ ឬគ្រលប់ទៅការប្រើប្រាស់សារធាតុជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. ខ្ញុំបានចាប់ផ្តើមសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញ្ជើន ដោយមានគោលដៅសម្រេចបាននូវការឈប់ប្រើប្រាស់ទាំងស្រុង ឬកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់។	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. គួរគិតអំពីសេវាកម្មនានា ដែលអ្នកបានទទួល, តើតាមគោលសុខភាពចំនួនប៉ុន្មាន (តាមទូរស័ព្ទ ឬការធ្វើសន្ទនាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា)? ☐ គ្មាន ☐ តិចតួចណាស់ ☐ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ☐ ស្ទើរតែទាំងអស់ ☐ ទាំងអស់						
20. តើការពិនិត្យតាមរយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការមកពិនិត្យដោយផ្ទាល់មុខតាមបែបប្រពៃណី មានសារៈប្រយោជន៍ដែរឬទេ? ☐ ប្រសើរជាងមុនច្រើន ☐ ដូចជាប្រសើរជាងមុន ☐ ប្រហែលជាដូចគ្នា ☐ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ						
21. នៅពេលអ្នកចូលកម្មវិធីព្យាបាល តើបុគ្គលិកកម្មវិធីបានផ្តល់ជូនអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃសៀវភៅណែនាំអ្នកដទៃ ឬបង្ហាញអ្នកពីកន្លែងដែលអ្នកអាចរកវាបាន? ☐ មាន ☐ អត់មានទេ						
22. តើបុគ្គលិកកម្មវិធីបង្ហាញអ្នកនូវវិធីអ្នកប្រុងទិសអ្នកដទៃ? ☐ មាន ☐ អត់មានទេ						
23. ការមើលវីដេអូកំរងទិសអ្នកដទៃបានជួយខ្ញុំនូវព័ត៌មានដែលខ្ញុំអាចប្រើដើម្បីចូលប្រើសេវាកម្មបំបាត់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញ្ជើនដែលមាន។ ☐ យល់ព្រមខ្លាំង ☐ យល់ព្រម ☐ ខ្ជិលអារម្មណ៍ ☐ មិនយល់ស្រប ☐ មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ						

24. សូមអនុញ្ញាតឱ្យយើងដឹងពីយោបល់នានារបស់អ្នក។ តើអ្វីដែលមានប្រយោជន៍បំផុត អំពីកម្មវិធីនេះ? តើអ្នកនឹងផ្លាស់ ឬរួម អំពីកម្មវិធីនេះ? សូមកុំសរសេរព័ត៌មានណាមួយ ដែលអាចបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណអ្នក។ ជាឧទាហរណ៍, កុំសរសេរឈ្មោះ ឬលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក។

ឥឡូវនេះប្រាប់យើងបន្តិចអំពីខ្លួនអ្នក

25. តើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មនៅទីនេះយូរប៉ុណ្ណាហើយ?

- ☐ ដំណើរទស្សនកិច្ចលើកដំបូង/ថ្ងៃ
- ☐ ២ សប្តាហ៍ឬតិចជាងនេះ
- ☐ ច្រើនជាង 2 សប្តាហ៍ប៉ុន្តែតិចជាង 4 សប្តាហ៍
- ☐ ៤ សប្តាហ៍ឬច្រើនជាងនេះ

26. អាយុ:

27. តើអ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែងទេ?

- ☐ បាទ ☐ ទេ

28. តើអ្នកទទួលបានការលើកទឹកចិត្ត/ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែរឬទេ?

- ☐ ទេ ។ សេវាកម្មគ្រប់គ្រង?
 - ☐ បាទ/ចាស បច្ចុប្បន្នខ្ញុំកំពុងទទួលបានសេវាកម្មគ្រប់គ្រងការពន្យារពេល
 - ☐ បាទ/ចាស ខ្ញុំបានទទួលសេវាកម្មគ្រប់គ្រងពេលមានអាសន្នកាលពីអតីតកាល
 - ☐ ទេ ខ្ញុំមិនដែលទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រងពេលវេលាទេ។

29. តើអ្វីទៅជាអត្តសញ្ញាណយេនឌ័របច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក?

(ចំណាំ៖ នេះជារបៀបដែលអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណខ្លួនឯង ប្រហែលជាមិនដូចការរួមភេទដែលអ្នកធ្លាប់មាននោះទេ។ កំណត់ពីកំណើត)?

- ☐ ប្រុស
- ☐ ស្រី
- ☐ ស្រីទៅប្រុស (FTM)/ប្រុសប្តូរភេទ/បុរសប្តូរភេទ
- ☐ ប្រុសទៅស្រី (MTF)/ប្តូរភេទស្រី/ស្រ្តីឆ្លង
- ☐ Genderqueer មិនត្រឹមតែប្រុសឬស្រី
- ☐ ប្រភេទភេទបន្ថែម ឬផ្សេងទៀត៖
- ☐ ចូលចិត្តមិននិយាយ

30. តើអ្នកមានភេទអ្វីនៅពេលកើត?

- ☐ ស្រី ☐ ប្រុស
- ☐ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រផ្សេងទៀត ☐ បដិសេធមិនឆ្លើយ

31. តើចំណង់ផ្លូវភេទរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

- ☐ ភេទចំ/មនុស្សមានការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នក ☐ ភេទស៊ីច
- ☐ ភេទផ្ទុយ ☐ ផ្លូវភេទ
- ☐ ប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី ☐ ទំនោរភេទមួយទៀត
- ☐ ឡើយ (ប្រុស)
- ☐ ភេទពីរប្រុសក៏ស្រឡាញ់ស្រីក៏ស្រឡាញ់ ☐ Queer
- ☐ មិនដឹង ☐ ចូលចិត្តមិននិយាយ

32. តើអ្នកជាជនជាតិជាប់ស្រឡាយមីកស៊ីក/អ៊ីស្លាមិក/ឡាទីនដែរឬទេ?

- ☐ បាទ ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

33. សាខា/ភូមិ/ស្ថានភាព (សូមជ្រើសរើស អ្វីទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត៖)

- ☐ អាមេរិកាឥណ្ឌា/ជនជាតិដើមអាឡាសកា
- ☐ អាស៊ី
- ☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង
- ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- ☐ ស្បែកស/អាមេរិកាំងស
- ☐ សាសន៍មួយទៀត
- ☐ មិនដឹង

34. ស្ថានភាពជនពិការ (សូមគូសចំណាំទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖)

- ☐ ពិការរាងកាយ
- ☐ ពិការភ្នែក/ពិការភ្លើង
- ☐ ពិការភ្នែក/ច្រូង
- ☐ ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរួមគ្នា
- ☐ ពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ Development ឬបញ្ហា
- ☐ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់៖)
- ☐ គ្មាន

35. តើស្ថានភាពពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

- ☐ ការត្រួតពិនិត្យសហគមន៍ក្រោយការចេញផ្សាយ (AB109) ឬនៅលើការសាកល្បងពីសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬយុត្តាធិការក្នុងតំបន់ណាមួយ
- ☐ រង់ចាំការកាត់ក្តី ការចោទប្រកាន់ ឬការកាត់ទោស
- ☐ លើការដោះលែងពីយុត្តាធិការណាមួយផ្សេងទៀត។
- ☐ ពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌផ្សេងទៀត។
- ☐ គ្មានការពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌ

សូមអរគុណ ដែលបានចំណាយពេលឆ្លើយ នូវសំណួរទាំងអស់នេះ។