

Home Unit

CalOMS Provider ID:

إستطلاع لأراء العلاج (للبالغين)

Program Reporting Unit (address):

Setting:

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

Field Base Services:

Agency :

Address:

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. المستقبلية لا تكتب اسمك على هذا النموذج.

غير قابل للتطبيق

لا أوافق بشدة

لا أوافق

أنا محايد

أوافق

موافق بشدة

صحيح

غير صحيح

يرجى استخدام قلم و وضع علامة "X" في المربعواختر إجابة واحدة فقط لكل سؤال

(شهر/يوم/سنة) تاريخ اليوم

1. موقع الخدمات كان مناسباً بالنسبة لي

2. كانت الخدمات متوفرة في أوقات مناسبة بالنسبة لي

3. خبرتي كانت جيدة في الالتحاق التدخل المبكر/ العلاج/ التعافي

4. لقد عملت انا و مستشاري معاً من أجل أهداف التدخل المبكر/ العلاج/ التعافي

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 لخلفيتنا 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. أنا يتأكدونمن تلبية احتياجاتي الصحية والعاطفية (إختبارات بدنية ، مكتب 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 راضي عن الخدمات التي تلقيتها

19. سوف أوصي بالخدمات للأصدقاء الذين يحتاجون إلى مساعدة مماثلة

20. أشعر بالراحة عند مناقشة أي قصير أو عودة إلى تعاطي المواد المخدرة مع مقدم الخدمة الخاص بي

21. بدأت خدمات علاج تعاطي المخدرات بهدف تحقيق الامتناع التام أو تقليل الاستخدام

22. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها ، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد (عبر الهاتف أو مؤتمرات الفيديو)؟

لا شيء

قليل جدا

حوالي

النصف

الكل تقريباً

الكل

23. 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

24. عندما دخلت البرنامج العلاجي، هل عرض عليك موظفو البرنامج نسخة من دليل المريض أو أوضحوا لك أين يمكنك العثور عليه؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
25. هل عرض لك طاقم البرنامج الفيديو التوجيهي للمريض؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
26. ساعدتني مشاهدة الفيديو التوجيهي للمريض في الحصول على معلومات يمكنني استخدامها للوصول إلى جميع الخدمات المتاحة لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات.	<input type="checkbox"/> لا أوافق بشدة	<input type="checkbox"/> موافق بشدة
	<input type="checkbox"/> أنا محايد	<input type="checkbox"/> يوافق
	<input type="checkbox"/> تعارض	<input type="checkbox"/> موافق بشدة

27. تعليقا، يرجى إعلامنا بتعليقاتك. ما هو الأكثر فائدة حول هذا البرنامج؟ ماذا يمكنك التغير حول هذا البرنامج؟ يرجى عدم كتابة أي معلومات قد تحدد هويتك. على سبيل المثال، لا تكتب اسمك أو رقم هاتفك

34. ما هو توجهك الجنسي؟

- ☐ مستقيم أو من جنسين مختلفين
- ☐ السحاقيات أو المثليين أو المثليين جنسياً
- ☐ مثلي الجنس (ذكر)
- ☐ ناثي الجنس
- ☐ لا أعرف
- ☐ جنسيا
- ☐ عديم الجنس
- ☐ شيء آخر: (يرجى الوصف)
- ☐ مثلي
- ☐ تفضل عدم التصريح

أخبرنا الآن قليلاً عن نفسك

28. منذ متى تلقيت الخدمات هنا؟

- ☐ أقل من شهر
- ☐ 1 - 5 شهرا
- ☐ 6 أشهر أو أكثر

29. لعمر:

--	--

30. هل أنت بلا مأوى؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

35. هل أنت من أصل مكسيكي / لاتيني / لاتيني؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

36. العرق / الإثنية (يرجى تحديد كل ما ينطبق):

- ☐ الهنود الحمر / سكان ألاسكا الأصليين
- ☐ آسيا
- ☐ أسود / أمريكي من أصل أفريقي
- ☐ من سكان هاواي الأصليين / جزر المحيط الهادئ
- ☐ أبيض / فوقاوي
- ☐ سباق آخر:
- ☐ مجهول

31. هل سبق لك الحصول على خدمات إدارة الطوارئ؟

- ☐ نعم، أتلقى حالياً خدمات إدارة الطوارئ
- ☐ نعم، لقد تلقيت خدمات إدارة الطوارئ في الماضي
- ☐ لا، لم أتلق خدمات إدارة الطوارئ مطلقاً

32. ما هي هويتك الجنسية الحالية (ملاحظة: هذه هي الطريقة التي تحدد بها نفسك، والتي قد لا تكون هي نفسها الجنس الذي تم تحديده لك عند الولادة)؟

- ☐ ذكر
- ☐ أنثى

☐ أنثى إلى ذكر (FTM) / ذكر المتحولين جنسياً / الرجل المتحولين جنسياً من

☐ ذكر إلى أنثى (MTF) / أنثى المتحولة جنسياً / امرأة متحولة جنسياً

☐ الجنس، لا يقتصر على الذكور أو الإناث

☐ فئة جنس إضافية أو أخرى:

☐ تفضل عدم التصريح

37. حالة الإعاقة (يرجى تحديد كل ما ينطبق):

- ☐ معاق جسدياً
- ☐ ضعف البصر / المكفوفين
- ☐ ضعف السمع / الصمم
- ☐ حالة الصحة العقلية المتزامنة
- ☐ المعاقين تطورياً أو عقلياً
- ☐ أخرى (يرجى التحديد):
- ☐ لا أحد

33. ما هو جنسك عند الولادة؟

- ☐ أنثى
- ☐ ذكر
- ☐ خ:

- ☐ تفضل عدم التصريح

38. ما هي حالة مشاركتك في العدالة الجنائية؟

- ☐ الإشراف المجتمعي بعد الإصدار (AB109) أو تحت المراقبة من أي ولاية قضائية فيدرالية أو حكومية أو محلية
- ☐ في انتظار المحاكمة أو الاتهامات أو الحكم
- ☐ بشروط من أي ولاية قضائية أخرى
- ☐ أي تورط آخر في العدالة الجنائية
- ☐ لا تدخل العدالة الجنائية