

Home Unit  
CalOMS  
Provider ID

### Исследование субъективных оценок лечения (молодежь)

--	--	--	--	--

Program Reporting Unit (address)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Setting:  Early Intervention  OP/IOP  Residential  Recovery Services

Field Based Services: Agency

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 имя. Не пишите свое имя в этой форме.

Пожалуйста, поставьте крестик «X» в квадратике чёрной ручкой. Выберите только один ответ на каждый вопрос.

Сегодняшняя дата (месяц / день / год)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Верный Неверно



Полностью согласен

Согласен

Отношусь нейтрально

Не согласен

Совсем не согласен

Неприменимо

1. Место, где оказывались услуги, было удобным для меня. (общественный транспорт, расстояние, парковка и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Услуги были доступны в удобное для меня время.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. У меня были хорошие впечатления о процедуре записи на раннего вмешательства/лечения / восстановления.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Мой консультант и я вместе работали над целями раннего вмешательства/лечения / восстановления.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Я получал услуги, подходящие для меня.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Персонал относился ко мне с уважением.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Мне кажется, что мой консультант не торопясь выслушивал все, что я хотел сказать.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. У меня сложились позитивные, доверительные отношения с моим консультантом.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Я чувствую, что мой консультант был искренне заинтересован во мне и понимал меня.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Мне понравился мой консультант здесь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Мой консультант в состоянии мне помочь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Здешние сотрудники заботятся о том, чтобы удовлетворять требования моего здоровья и моего эмоционального здоровья (физические осмотры, депрессивное настроение и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Здешние сотрудники помогали мне с другими вопросами и проблемами, связанными с юридической системой/испытательным сроком, семьей и системой образования.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Мой консультант оказывал необходимые услуги моей семье.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. В результате полученных мной услуг я лучше могу делать то, что хочу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Благодаря услугам, которые я получаю, я чувствую меньшую тягу к наркотикам и алкоголю.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Я бы рекомендовал эти услуги другу, которому понадобилась бы подобная помощь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Я чувствую себя комфортно обсуждать любые срывы или возврат к употреблению психоактивных веществ с моим лечащим врачом.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Я начал лечение наркозависимости с целью достижения либо полное воздержание или сокращение употребления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Вспомните о полученных услугах, какая часть из них была через telehealth (по телефону или через видео-конференцию)?	<input type="checkbox"/> Несколько	<input type="checkbox"/> Очень мало	<input type="checkbox"/> Примерно половина	<input type="checkbox"/> Почти все	<input type="checkbox"/> Все
23. Насколько полезными были ваши телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными визитами?	<input type="checkbox"/> Намного лучше	<input type="checkbox"/> Несколько лучше	<input type="checkbox"/> Примерно такой же	<input type="checkbox"/> Несколько хуже	<input type="checkbox"/> Не применимо

24. Когда вы поступили на программу лечения, персонал программы предложил вам копию справочника пациента или показал, где его можно найти?:

Да  Нет

25. Показывали ли вам сотрудники программы ознакомительный видеоролик для пациентов?:

Да  Нет

26. Просмотр обучающего видео для пациентов помог мне получить информацию, которую я могу использовать для доступа ко всем доступным услугам по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ..

Полностью согласен  Соглашаться  Я нейтральный  Не согласен  Категорически не согласен  Непригодный

27. Пожалуйста, сообщите нам свои замечания. Что было самым полезным в этой программе? Что бы вы поменяли в этой программе?  
Пожалуйста, не пишите никакой идентифицирующей вас информации. Например, НЕ ПИШИТЕ свое имя или номер телефона.

теперь расскажи немного о себе.

28. Как давно вы получаете здесь услуги?

- Менее 1 месяца  
 1-5 месяцев  
 6 месяцев и более

29. Возраст:

30. Вы бездомный?

Да  Нет

31. Вы когда-нибудь пользовались услугами по управлению непредвиденными обстоятельствами?

- Да, в настоящее время я получаю услуги по управлению непредвиденными обстоятельствами.  
 Да, в прошлом я пользовался услугами по управлению непредвиденными обстоятельствами  
 Нет, я никогда не пользовался услугами по управлению непредвиденными обстоятельствами.

32. Какова ваша нынешняя гендерная идентичность (Примечание: именно так вы идентифицируете себя, что может не совпадать с полом, присвоенным вам при рождении)?

- Мужской  
 Женский  
 Женщина-мужчина (FTM) / трансгендерный мужчина / транс-мужчина  
 Мужчина-женщина (MTF) / трансгендерная женщина / транс-женщина  
 Странно  
 Дополнительная гендерная категория или другое: \_\_\_\_\_  
 предпочитаю не указывать

33. Какой у вас был пол при рождении

- женский  Мужской  Другая гендерная идентичность \_\_\_\_\_  
 Отказаться от ответа

34. Какова ваша сексуальная ориента

- Натуралы или гетеросексуалы  Асексуальный  
 Лесбиянка, гей или гомосексуал  Что-то еще: (пожалуйста, опишите) \_\_\_\_\_  
 Гей (Мужчина)  
Бисексуал  Квир  
 не знаю  предпочитаю не указывать  
 Пансиексуал

35. Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?

- да  
 Нет  
 Неизвестно

36. Расовая/этническая принадлежность (Пожалуйста, выберите все относящиеся):

- Американский индеец/происхождением из Аляски  
 Азиат  
 Темнокожий/афроамериканец  
 Гаваец/регион тихоокеанских островов  
 Белый / европеоидная раса  
 Другая раса \_\_\_\_\_  
 Неизвестно

37. Статус инвалидности (отметьте все подходящие варианты):

- Инвалид  
 Слабовидящие / слепые  
 С нарушениями слуха / глухота  
 Сопутствующее состояние психического здоровья  
 С отклонениями в развитии или интеллектуальными нарушениями  
 Другое (указать): \_\_\_\_\_  
 Нисколько

38. Каков ваш статус участия в уголовном правосудии?

- Общественный надзор после освобождения (AB109) или испытательный срок в любой федеральной, государственной или местной юрисдикции.  
 В ожидании суда, обвинений или приговора  
 Условно-досрочное освобождение из любой другой юрисдикции  
 Любое другое участие в уголовном правосудии  
 Без участия уголовного правосудия

