

Home Unit

Исследование субъективных оценок лечения (для взрослых)

CalOMS

Provider ID

Program Reporting Unit (address):

 Setting: Early Intervention OP/IOP Residential OTP/NTP Detox/WM 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 вашу теку.

Не пишите свое имя в этой форме.

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

 Верный Неверно


Полностью согласен

Согласен

Отношусь нейтрально

Не согласен

Совсем не согласен

Не применимо

Сегодняшняя дата (месяц / день / год)

1. Местоположение было удобным (общественный транспорт, расстояние, парковка и т.д.).

2. Услуги предоставлялись по мере их потребности.

3. Я выбрал цели раннего восстановления/лечения/восстановления с помощью моего поставщика услуг.

4. Персонал предоставлял мне достаточно времени для сеансов раннего вмешательства/лечения/восстановления.

5. Персонал относился ко мне с уважением.

6. Персонал разговаривал со мной понятно и доходчиво.

7. Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).

8. Отношение ко мне было дружелюбным.

9. В результате оказанных услуг у меня все стало получаться лучше.

10. Благодаря услугам, которые я получаю, я чувствую меньшую тягу к наркотикам и алкоголю.

11. Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками медицинских услуг.

12. Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками услуг в области психического здоровья.

13. Сотрудники здесь помогли мне получить доступ к другим услугам по мере необходимости (социальные службы, жилье и т. д.).

14. В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.

15. Я смог получить всю необходимую мне помощь и услуги.

16. Я бы рекомендовал это агентство другу и члену семьи.

17. Я чувствую себя комфортно обсуждать любые срывы или возврат к употреблению психоактивных веществ с моим лечащим врачом.

18. Я начал лечение наркозависимости с целью достижения либо полное воздержание или сокращение употребления

19. 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

20. Насколько полезными были ваши телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными визитами?

Намного лучше

Несколько лучше

Примерно такой же

Несколько хуже

Не применимо

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

Да

Нет

20. Показывали ли вам сотрудники программы ознакомительный видеоролик для пациентов?

Да

Нет

22. Просмотр обучающего видео для пациентов помог мне лучше понять систему лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в округе Лос-Анджелес.

Полностью согласен

Согласен

Отношусь нейтрально

Не согласен

Совсем не согласен

Не применимо

23. 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

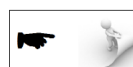
Согласен

Отношусь нейтрально

Не согласен

Совсем не согласен

Не применимо



24. 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

Теперь расскажите немного о себе.

25. Как давно вы получаете здесь услуги?

- Первое посещение / день
- 2 недели или меньше
- Более 2 недель, но менее 4 недель
- 4 недели и более

26. Возраст:

27. Вы бездомный?

- Да Нет

28. 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.

29. 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
- Гендерквир, ни исключительно мужчина, ни женщина
- Дополнительная гендерная категория или другое:
- предпочитаю не указывать

30. Гендерная принадлежность (выберите все подходящие варианты):

- женский Мужской
- Другая гендерная идентичность: Отказался отвечать

31. Какова ваша сексуальная ориентация?

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

32. Вы мексиканского/латиноамериканского/латиноамериканского происхождения?

- Да Нет Неизвестный

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

- Американский индеец/происхождением из Аляски
- Азиат
- Темнокожий/афроамериканец
- Гаваец/регион тихоокеанских островов
- Белый / европеоидная раса
- Другая раса (уточните):
- Неизвестно

34. 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):
- Никто

35. 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