**استطلاع الانطباعات عن العلاج ( للبالغين)**

CalOMS Provider ID: | | | | | | | Program Reporting Unit (address): | | | | | | | | | |

**Setting:** ○ **Early Intervention** ○ **OP/IOP** ○ **Residential** ○ **OTP/NTP** ○ **Detox/WM** ○ **Recovery Services**

يرجى الإجابة على هذه الأسئلة حول تجربتك في هذا البرنامج للمساعدة في تحسين الخدمات. استخدم "لا ينطبق" إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجرّبه. إجاباتك سرية ولن تؤثر على الخدمة الحالية أو المستقبلية لا تكتب اسمك على هذا النموذج

،يجب أن تكون إجاباتك واضحة للقراءة بواسطة جهاز الكمبيوتر لذلك، يرجى استخدام قلم وضع علامة "X" في المربعواختيار إجابة واحدة فقط لكل سؤال

صحيح ☒ غير صحيح ☑

شهر/يوم/سنة) تاريخ اليوم

| | موافق بشدة | أوافق | أنا محايد | لا أوافق | لا أوافق بشدة | غير قابل للتطبيق |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. وكان المكان مناسب (لوسائل النقل العام، وبعد المسافة وموقف السيارات، الخ) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. وكانت الخدمات متاحة عندما احتجت إلي | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. اخترت أهداف التدخل المبكر/ العلاج/ التعافي بمساعدة المسئول | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. أعطاني الموظفين وقتا كافيا في جلسات التدخل المبكر/ العلاج/ التعافي | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. عاملني الموظفين باحترام | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. كلمني الموظفون بطريقة مفهومة | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7.كان الموظفون حساسين لخلفيتنا الثقافية (العرق، الدين، اللغة، وما إلى ذلك) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. وقد شعرت بالترحيب هنا | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. كنتيجة مباشرة للخدمات التي أتلقاها أستطيع القيام بالأشياء التي أريد القيام بها | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. كنتيجة مباشرة للخدمات التي أتلقاها، أشعر برغبة أقل في المخدرات والكحول. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. يعمل الموظفين هنا مع مسئولي رعايتي الصحية لتوفير الدعم الصحي | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. يعمل الموظفين هنا مع مقدمي الرعاية الصحية العقلية لتوفير الدعم الصحي | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. ساعدني الموظفون هنا على التواصل مع خدمات أخرى حسب الحاجة (الخدمات الاجتماعية والسكن وما إلى ذلك). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. بشكل عام. أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. كنت قادرا على الحصول على كل المساعدة / الخدمات التي كنت بحاجة إليها | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. أوصي بهذه الهيئة للاصدقاء أو أفراد العائلة | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

17. لآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها ، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد (عبر الهاتف أومؤتمرات الفيديو)؟ ☐ لا شيء ☐ اقليل جدا ☐ حوالي النصف ☐ الكل تقريبا ☐ الكل

18. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟
☐ أفضل بكثير ☐ أفضل إلى حد ما ☐ نفس الشيء تقريبًا ☐ أسوأ إلى حد ما ☐ غير قابل للتطبيق

19.عند دخولك إلى البرنامج العلاجي، هل عرض عليك موظفو البرنامج نسخة من دليل المريض أو أوضحوا لك أين يمكنك العثور عليه؟
☐ نعم ☐ لا

20.هل عرض لك طاقم البرنامج الفيديو التوجيهي للمريض؟ ☐ نعم ☐ لا

21.ساعدتني مشاهدة الفيديو التوجيهي للمريض على فهم نظام اضطراب تعاطي المخدرات في مقاطعة لوس أنجلوس بشكل أفضل.
☐ موافق بشدة ☐ يوافق ☐ أنا محايد ☐ تعارض ☐ لا أوافق بشدة ☐ غير قابل للتطبيق

22.ساعدتني مشاهدة الفيديو التوجيهي للمريض في الحصول على معلومات يمكنني استخدامها للوصول إلى جميع الخدمات المتاحة لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات
☐ موافق بشدة ☐ يوافق ☐ أنا محايد ☐ تعارض ☐ لا أوافق بشدة ☐ غير قابل للتطبيق

.23 **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. عل ى سبيل المثال ، لا تكتب اسمك أو رقم هاتفك

أخبرنا الآن قليلاً عن نفسك

.24 منذ متى تلقيت الخدمات هنا؟

- ☐ الزيارة الأولى /اليوم
- ☐ أسبوعين أو أقل
- ☐ أكثر من أسبوعين ولكن أقل من 4 أسابيع
- ☐ أسابيع أو أكثر4

.25 لفئة العمرية:

☐ 18-25 ☐ 36-45 ☐ 56-64

☐ 26-35 ☐ 46-55 ☐ +65

.26 هل أنت بلا مأوى؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

.27 هل تتلقى خدمات إدارة الحوافز/الطوارئ؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

.28 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 جنسيا / امرأة متحولة جنسيا
- ☐ الجنس ، لا يقتصر على الذكور أو الإناث
- ☐ فئة جنس إضافية أو أخرى:
- ☐ تفضل عدم التصريح

.29 ما هو جنسك عند الولادة؟

☐ أنثى ☐ ذكر

☐ خر: ☐ تفضل عدم التصريح

.30 ما هو توجهك الجنسي؟

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

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

☐ نعم ☐ لا

.32 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 / قوقازي
- ☐ سباق آخر:
- ☐ مجهول

.33حالة الإعاقة (يرجى تحديد كل ما ينطبق):

- ☐ معاق جسديا
- ☐ ضعاف البصر / المكفوفين
- ☐ ضعاف السمع / الصمم
- ☐ حالة الصحة العقلية المتزامنة
- ☐ المعاقين تطوريًا أو عقليًا
- ☐ أخرى (يرجى التحديد):
- ☐ لا أحد

.34 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

**أشكركم على أخذ الوقت للرد على هذه الأسئلة !**