

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

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 текущую работу. НЕ ПИШИТЕ свое имя В ЭТОЙ ФОРМЕ.

Ваши ответы должны считываться компьютером. Для этого просим вас использовать авторучку, и поставьте в поле «X». на каждый вопрос выбирать только один ответ.

Верный Неверно

Сегодняшняя дата (месяц / день / год)

	Полностью согласен	Согласен	Отношусь нейтрально	Не согласен	Совсем не согласен	Не применимо
1. Местоположение было удобным (общественный транспорт, расстояние, парковка и т.д.).	<input type="checkbox"/>					
2. Услуги предоставлялись по мере их потребности.	<input type="checkbox"/>					
3. Я выбрал цели раннего восстановления/лечения/восстановления с помощью моего поставщика услуг.	<input type="checkbox"/>					
4. Персонал предоставлял мне достаточно времени для сеансов раннего вмешательства/лечения/восстановления.	<input type="checkbox"/>					
5. Персонал относился ко мне с уважением.	<input type="checkbox"/>					
6. Персонал разговаривал со мной понятно и доходчиво.	<input type="checkbox"/>					
7. Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).	<input type="checkbox"/>					
8. Отношение ко мне было дружелюбным.	<input type="checkbox"/>					
9. В результате оказанных услуг у меня все стало получаться лучше.	<input type="checkbox"/>					
10. Благодаря услугам, которые я получаю, я чувствую меньшую тягу к наркотикам и алкоголю.	<input type="checkbox"/>					
11. Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками медицинских услуг.	<input type="checkbox"/>					
12. Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками услуг в области психического здоровья.	<input type="checkbox"/>					
13. Сотрудники здесь помогли мне получить доступ к другим услугам по мере необходимости (социальные службы, жилье и т. д.).	<input type="checkbox"/>					
14. В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.	<input type="checkbox"/>					
15. Я смог получить всю необходимую мне помощь и услуги.	<input type="checkbox"/>					
16. Я бы рекомендовал это агентство другу и члену семьи.	<input type="checkbox"/>					
17. Вспомните о полученных услугах, какая часть из них была через telehealth (по телефону или через видео-конференцию)? <input type="checkbox"/> Нисколько <input type="checkbox"/> Очень мало <input type="checkbox"/> Примерно половина <input type="checkbox"/> Почти все <input type="checkbox"/> Все						
18. 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						
19. Когда вы поступили на программу лечения, персонал программы предложил вам копию справочника пациента или показал, где его можно найти? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет						
20. Показывали ли вам сотрудники программы ознакомительный видеоролик для пациентов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет						
21. Просмотр обучающего видео для пациентов помог мне лучше понять систему лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в округе Лос-Анджелес. <input type="checkbox"/> Полностью согласен <input type="checkbox"/> Согласен <input type="checkbox"/> Отношусь нейтрально <input type="checkbox"/> Не согласен <input type="checkbox"/> Совсем не согласен <input type="checkbox"/> Не применимо						
22. 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. <input type="checkbox"/> Полностью согласен <input type="checkbox"/> Согласен <input type="checkbox"/> Отношусь нейтрально <input type="checkbox"/> Не согласен <input type="checkbox"/> Совсем не согласен <input type="checkbox"/> Не применимо						



23. 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.

24. Как давно вы получаете здесь услуги?

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

25. Возрастной диапазон:

- 18-25 36-45 56-64
- 26-35 46-55 65+

26. Вы бездомный?

- Да Нет

27. Получаете ли вы поощрение за восстановление/услуги по управлению непредвиденными обстоятельствами?

- Да Нет

28. 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

29. Гендерная принадлежность (выберите все подходящие варианты):

- женский Мужской
- Другая гендерная идентичность:
- Отказался отвечать

30. 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

31. Вы мексиканского/латиноамериканского/латиноамериканского происхождения?

- Да Нет Неизвестный

32. 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

33. 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

34. 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