

County / Provider  
Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

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

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

Treatment Setting (required): ☐ OP/IOP ☐ Residential ☐ OTP/NTP ☐ Detox/WM (standalone) ☐ Partial hospitalization

សូមឆ្លើយសំណួរ ទាំងនេះ:

• ស្តី អំពីបទពិសោធន៍ របស់អ្នក នៅកម្មវិធីនេះ ដើម្បីជួយឆ្លើយ នូវសំណួរនានាឱ្យបាន លឿន ។ សូមប្រើ "មិនអាច ត្រូវ" ប្រសិនបើ អ្នក មិន យល់ ឬ មិន ចង់ ឆ្លើយ ។ សូម បញ្ជាក់ ថា អ្នក មិន មាន បទពិសោធន៍ ។ ចម្លើយ របស់អ្នក មាន លក្ខណៈ សម្ងាត់ និងមិនអាច មាន ឥទ្ធិពល លើ សេវា នានា ដែល អ្នក ប្រើប្រាស់ ឬ អ្នក បង្កើត ឡើយ។

• សូមបំពេញ ក្នុង រយៈពេល ១៥ ទៅ ២០ នាទី ។ ត្រឹមត្រូវ ៖ ● មិន ត្រឹមត្រូវ ៖ ○ ឧ ○

	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ទីតាំង មាន ភាព ងាយស្រួល (ការ ធ្វើ ដំណើរ ដោយ ថយក្រោយ ដោយ ផ្លូវ រថភ្លឺ ។ ល។) .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. សេវាកម្ម ម្នាក់ៗ រកបាន ភ្លាម នៅពេលដែល ល្មើស ត្រូវ ការ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ខ្ញុំ បាន ជ្រើសរើស ផែនការ ព្យាបាល នានា តាម ការ ជួយ របស់អ្នក ផ្តល់ សេវា អោយ ខ្ញុំ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. បុគ្គលិក បាន ផ្តល់ ព័ត៌មាន លម្អិត ខ្លាំង បាន គ្រប់គ្រាន់ ក្នុង កំឡុងពេល ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. បុគ្គលិក បាន ព្យាបាល រូបខ្ញុំ ដោយមាន ការ គោរព .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. បុគ្គលិក បាន និយាយជាមួយ ខ្ញុំ ក្នុង មធ្យោបាយ មួយដែល ខ្ញុំ បាន យល់ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. បុគ្គលិក មាន ការ ទោទន់ បំផុត ទៅតាម ប្រវត្តិ សារ តាម វប្បធម៌ របស់ខ្ញុំ (ជាតិ សាសនា សាសនា ។ ល។) .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា គេ ស្វាគមន៍ ខ្ញុំ នៅទីនេះ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ជាលទ្ធផល លទ្ធផល របស់ សេវាកម្ម ម្នាក់ៗ ដែល ខ្ញុំ កំពុងទទួល ខ្ញុំ មាន លទ្ធភាព ប្រសើរ ជាង មុន ក្នុង ការ ធ្វើ ការ ផ្សេង នានា ដែល ខ្ញុំ ចង់ធ្វើ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវាដែល ខ្ញុំ កំពុងទទួល ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា មិន ល្អ ជាង មុន .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ធ្វើ ការ ជាមួយ អ្នក ផ្តល់ ការ ថែទាំ ព្យាបាល សុខភាព រាងកាយ របស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រ ដល់ការ ជាសះស្បើយ របស់ខ្ញុំ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ធ្វើ ការ ជាមួយ អ្នក ផ្តល់ ការ ថែទាំ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រ ដល់ការ ជាសះស្បើយ របស់ខ្ញុំ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. បុគ្គលិក ទាំងឡាយ នៅទីនេះ បាន ជួយ ខ្ញុំ ភ្ជាប់ ទំនាក់ទំនង ទៅកាន់ សេវា នានា ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ (សេវាសង្គម លំនៅដ្ឋាន ។ ល។) .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ជាទូទៅ, ខ្ញុំ មាន ការ ទេពញិក្កនិ ដទៃ ទៀត ម្នាក់ៗ ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួល .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន រាល់ ការ ជួយ/សេវាកម្ម ម្នាក់ៗ ទាំងអស់ ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ខ្ញុំ នឹងធ្វើ ការ ណែនាំ ស្តាប់ នេះ ទៅកាន់ មិត្ត ក្រុម ឬ សមាជិក ក្រុម សារ របស់ខ្ញុំ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 17 ឥឡូវ គិតអំពីសេវាកម្ម ឬនានា ដែលអ្នក បាន ទទួល, តើ តាម តេ លេ សុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន (តាម ទូរ ស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្និសីទតាម វីដេអូ) ?  
☐ គ្មាន ☐ តិចតួចណាស់ ☐ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ☐ ស្ទើរតែទាំងអស់ ☐ ទាំងអស់
- 18 តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី មាន សារៈ ប្រយោជន៍ ល្អប្រសើរ ឬទេ ?  
☐ ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន ☐ ដូចជាប្រសើរជាងមុន ☐ ប្រហែលជាដូចគ្នា ☐ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន  
☐ មិនពាក់ព័ន្ធ
- 19 សូមអនុញ្ញាត ឱ្យយើងដឹងពីយោបល់នានា របស់អ្នក ។ តើ អ្វី ដែល មាន ប្រយោជន៍បំផុត អំពីកម្មវិធីនេះ ?  
 តើ អ្នក នឹងផ្លាស់ ប្តូរ អ្វី អំពីកម្មវិធីនេះ ?  
 សូមកុំស្រេច ព័ត៌មាន ណាមួយ ដែលអាច បញ្ជាក់ ពីអត្តសញ្ញាណ អ្នក ។ ជាឧទាហរណ៍, កុំស្រេច ឈ្មោះ ឬលេខទូរស័ព្ទ របស់អ្នក ។

**ឥឡូវ ប្រាប់ យើងបន្តិច អំពីខ្លួន អ្នក ។**

20. តើអ្នកមានភរិយា (ស្រី ឬ ស្រី សហគមន៍ទាំងស្រុង)?  
☐ ប្រុស ☐ អ្នកដែលបានរៀបការជាមួយភរិយា : ភរិយាប្រុសទៅជាស្រី  
☐ ស្រី ☐ អ្នកដែលបានរៀបការជាមួយភរិយា : ភរិយាស្រីទៅជាប្រុស  
☐ ភរិយាដែលបានបំបែក ដូចជាអ្នកប្តូរភរិយាជាដើម (មិនប្រសើរឡើយ)  
☐ អត្តសញ្ញាណភេទមួយទៀត
21. តើអ្នកកំពុង រងការបំបែក (ស្រី ឬ ស្រី សហគមន៍ទាំងស្រុង) ៖  
☐ ភេទ/មនុស្សមានការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នកភេទផ្ទុយ ☐ ភេទខុសប្រក្រតី  
☐ ប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី ☐ ទំនោរភេទមួយទៀត  
☐ ភេទពីរប្រុសក៏ស្រឡាញ់ស្រីក៏ស្រឡាញ់ ☐ មិនដឹង
22. តើអ្នកជាជនជាតិជាប់ស្រឡាញ់/អ៊ីស្លាម/ឡាវីនដរ ឬទេ?  
☐ មាន ☐ អត់មានទេ ☐ មិនដឹង
23. សាសនា/ជនជាតិ (ស្រី ឬ ស្រី សហគមន៍ទាំងស្រុង) អតីត ឬ ឥឡូវ ៖  
☐ អាមេរិកាំង/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា ☐ ស្បែកស/អាមេរិកាំងស  
☐ អាស៊ី ☐ សាសន៍មួយទៀត  
☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង ☐ មិនដឹង  
☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
24. ជំនឿ អាយុ:  
☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+