

ការស្តាប់ស្ទង់មតិអំពីការព្យាបាល (យុវជន)

CalOMS Provider ID: Program Reporting Unit (address):

Setting: Early Intervention OP/IOP Residential Recovery Support Services

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះអំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីនេះ ដើម្បីជួយកែលម្អសេវាកម្ម។ ប្រើ "មិនអាចអនុវត្តបាន" ប្រសិនបើសំណួរអ្វីដែលអ្នកមិនធ្លាប់មាន។ ចម្លើយរបស់អ្នកគឺជាការសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមានឥទ្ធិពលលើសេវាកម្មបច្ចុប្បន្ន ឬអនាគតដែលអ្នកទទួលបាននោះទេ។ កុំសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើទម្រង់នេះ។

ចម្លើយរបស់អ្នកត្រូវតែអាចអានដោយកុំព្យូទ័រ។ ដូច្នេះសូមប្រើប៊ិចខ្មៅ ហើយដាក់អក្សរ "X" នៅក្នុងប្រអប់។ ជើងសរសេរចមើលតែមួយសម្រាប់សំណួរនីមួយៗ។

ត្រឹមត្រូវ មិនត្រឹមត្រូវ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ: (MM/DD/YYYY)
 / /

គាំទ្រពេញទំហំ
 យល់ស្រប
 ខ្ពស់បំផុត
 មិនយល់ស្រប
 មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
 មិនអាចអនុវត្ត

1. ទីកន្លែងនៃសេវាកម្មទាំងឡាយ គឺមានភាពងាយស្រួល ឬសុខស្រួលសំរាប់ខ្ញុំ។ (ការធ្វើដំណើរដោយរថយន្តក្នុង ចំងាយផ្លូវ ចំណត ។ល។)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. សេវាកម្មទាំងឡាយ ដែលមាននៅពេលទាំងអស់នោះ គឺមានភាពងាយស្រួល ឬសុខស្រួលសំរាប់ខ្ញុំ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ញ៉មានបទពិសោធន៍ល្អក្នុងការចុះឈ្មោះក្នុងសេវាកម្មគាំទ្រការអន្តរាគមន៍ ដំបូង / ព្យាបាល/ការជាសះស្បើយ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ និងខ្ញុំ បានធ្វើការរួមគ្នាទៅលើគោលដៅ ការស្តារឡើងវិញដំបូង / ព្យាបាល/ការជាសះស្បើយ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ខ្ញុំបានទទួលនូវសេវាកម្មនានា ដែលត្រឹមត្រូវសំរាប់ខ្ញុំ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. បុគ្គលិកបានព្យាបាលរូបខ្ញុំ ដោយមានការគោរព។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថា អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ ចំណាយពេលវេលាស្តាប់នូវអ្វីៗ ដែលខ្ញុំបាននិយាយ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ខ្ញុំបានអភិវឌ្ឍន៍នូវទំនាក់ទំនងវិជ្ជមាន និងគួរអោយអាចទុកចិត្តបាន ជាមួយនិងអ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. បុគ្គលិកមានការទោទន់ បត់បែន ទៅតាមប្រវត្តិសាស្ត្រ វប្បធម៌របស់ខ្ញុំ (ជាតិសាសនា សាសនា ភាសា ។ល។)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថា អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ មានចំណាប់អារម្មណ៍យ៉ាងស្មោះស្ម័គ្រចំពោះខ្ញុំ និងយល់អំពីខ្ញុំ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ខ្ញុំចូលចិត្ត អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំនេះ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ មានសមត្ថភាពក្នុងការជួយខ្ញុំ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. បុគ្គលិកនៅទីនេះ បានធ្វើអោយប្រាកដថា គំរូការសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានជួយបំពេញ (ការពិនិត្យរាងកាយ, អារម្មណ៍ដែលមានការផ្សព្វផ្សាយ ។ល។)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. បុគ្គលិកនៅទីនេះ បានជួយខ្ញុំនូវបញ្ហា និងសេចក្តីកង្វល់នានា ដែលខ្ញុំមាន ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងផ្លូវច្បាប់/ការសាកល្បង, ប្រព័ន្ធគ្រួសារ និងការអប់រំនានា។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ បានផ្តល់នូវសេវាចំបាច់នានា ដល់គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ជាលទ្ធផលនៃសេវានានាទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានទទួលខ្ញុំមាន ការប្រសើរឡើងក្នុងការធ្វើអ្វីៗនានាដែលខ្ញុំចង់ធ្វើ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ជាលទ្ធផលនៃសេវាដែលខ្ញុំកំពុងទទួល ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាមិនសូវចង់ដូចមុន។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ជាទូទៅ, ខ្ញុំមានការទេញចិត្តនឹងទេវាកម្មនានា ដែលខ្ញុំបានទទួល។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ខ្ញុំនឹងធ្វើការណែនាំនូវសេវានានាទាំងនេះ ទៅកាន់មិត្តភ័ក្ត្រណា ដែលត្រូវការនូវជំនួយស្រដៀងនេះ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ឥឡូវគិតអំពីសេវាកម្មនានា ដែលអ្នកបានទទួល, តើតាមគោលសុខភាពចំនួនប៉ុន្មាន (តាមទូរស័ព្ទ ឬការធ្វើសន្និសីទតាមវីដេអូ)? <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> តិចតួចណាស់ <input type="checkbox"/> ប្រហែលពាក់កណ្តាល <input type="checkbox"/> ស្ទើរតែទាំងអស់ <input type="checkbox"/> ទាំងអស់						
21. តើការពិនិត្យតាមរយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការមកពិនិត្យដោយផ្ទាល់មុខតាមបែបប្រពៃណី មានសារៈប្រយោជន៍ដែលជួយដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន <input type="checkbox"/> ដូចជាប្រសើរជាងមុន <input type="checkbox"/> ប្រហែលជាដូចគ្នា <input type="checkbox"/> ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ						

22. សូមអនុញ្ញាតឱ្យយើងដឹងពីយោបល់របស់អ្នក។ តើអ្វីដែលមានប្រយោជន៍បំផុតអំពីកម្មវិធីនេះ?
 តើអ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះអំពីកម្មវិធីនេះ? សូមកុំសរសេរព័ត៌មានណាមួយដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នក។
 ឧទាហរណ៍កុំសរសេរឈ្មោះឬលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក។

ឥឡូវប្រាប់យើងបន្តិចអំពីខ្លួនអ្នក។

23. តើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មនៅទីនេះយូរប៉ុណ្ណាហើយ?

- តិចជាង ១ ខែ
- ១-៥ ខែ
- ៦ ខែឬច្រើនជាងនេះ

24. អាយុ៖

--	--

25. តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ទេ?

- បាទ ទេ

26. តើអត្តសញ្ញាណយេនឌ័របច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកគឺជាអ្វី (ចំណាំ៖ នេះជារបៀបដែលអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណខ្លួនឯង ដែលប្រហែលជាមិនដូចគ្នាទៅនឹងភេទដែលអ្នកត្រូវបានបាត់កាំងពីកំណើត)?

- ប្រុស
- ស្រី
- ស្រីទៅប្រុស (FTM)/ប្រុសប្តូរភេទ/បុរសប្តូរភេទ
- ប្រុសទៅស្រី (MTF)/ប្តូរភេទស្រី/ស្រ្តីឆ្លង
- ភេទខុសប្រក្រតី
- ប្រភេទភេទបន្ថែម ឬផ្សេងទៀត៖
- ចូលចិត្តមិននិយាយ

27. តើអ្នកមានភេទអ្វីនៅពេលកើត?

- ស្រី ប្រុស
 - អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រផ្សេងទៀត បដិសេធមិនឆ្លើយ
- នាមផ្សេងទៀត

28. តើចំណង់ផ្លូវភេទរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

- ប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី
- ភេទថ្មី/មនុស្សមានការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នកភេទផ្ទុយ
- ភេទពីរប្រុសក៏ស្រឡាញ់ស្រីក៏ស្រឡាញ់
- ទំនោរភេទមួយទៀត៖ (សូមពណ៌នា)
- មិនដឹង
- ចូលចិត្តមិននិយាយ

29. តើអ្នកជាជនជាតិជាប់សែស្រឡាយមីកស៊ិក/អ៊ីស្សានិក/ឡាទីនដែរឬទេ?

- មាន អត់មានទេ មិនដឹង

30. ពូជសាសន៍/ជនជាតិ

(សូមជ្រើសរើសយកអ្វីដែលត្រូវអនុវត្ត៖)

- ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតឥណ្ឌូ/អាឡាស្កា
- អាស៊ី
- ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិក
- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/កោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- ស
- ផ្សេងទៀត
- មិនសាល់

31. ស្ថានភាពជនពិការ (សូមគូសចំណាំទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖)

- ពិការរាងកាយ
- ពិការភ្នែក/ពិការភ្នែក
- ពិការភ្នែក/ច្រង់
- ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរួមគ្នា
- ពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ Development ឬបញ្ញា
- ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់៖)
- គ្មាន

32. តើស្ថានភាពពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

- ការត្រួតពិនិត្យសហគមន៍ក្រោយការចេញផ្សាយ(AB109) ឬនៅលើការសាកល្បងពីសហព័ន្ធ រដ្ឋឬយុត្តាធិការក្នុងតំបន់ណាមួយ
- រង់ចាំការកាត់ក្តី ការចោទប្រកាន់ ឬការរកាត់ទោស
- លើការដោះលែងពីយុត្តាធិការណាមួយផ្សេងទៀត។
- ពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌផ្សេងៗ
- គ្មានការពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌ

សូមអរគុណ ដែលបានចំណាយពេលឆ្លើយ នូវសំណួរទាំងអស់នេះ!