

Исследование субъективных оценок лечения (молодежь)

CalOMS Provider ID:

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

Program Reporting Unit (address):

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

Setting: Early Intervention OP/IOP Residential Recovery Support 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 ваше текущее. НЕ ПИШИТЕ свое имя В ЭТОЙ ФОРМЕ.

Ваши ответы должны быть доступны для чтения компьютером. Поэтому, пожалуйста, используйте черную ручку и поставьте в поле «X». 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. Место, где оказывались услуги, было удобным для меня. (общественный транспорт, расстояние, парковка и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Услуги были доступны в удобное для меня время.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. У меня были хорошие впечатления о процедуре записи на раннего вмешательства/лечения / восстановления.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Мой консультант и я вместе работали над целями раннего вмешательства/лечения / восстановления.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Я получал услуги, подходящие для меня.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Персонал относился ко мне с уважением.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Мне кажется, что мой консультант не торопясь выслушивал все, что я хотел сказать.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. У меня сложились позитивные, доверительные отношения с моим консультантом.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Я чувствую, что мой консультант был искренне заинтересован во мне и понимал меня.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Мне понравился мой консультант здесь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Мой консультант в состоянии мне помочь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Здешние сотрудники заботятся о том, чтобы удовлетворять требования моего здоровья и моего эмоционального здоровья (физические осмотры, депрессивное настроение и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Здешние сотрудники помогли мне с другими вопросами и проблемами, связанными с юридической системой/испытательным сроком, семьей и системой образования.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Мой консультант оказывал необходимые услуги моей семье.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. В результате полученных мной услуг я лучше могу делать то, что хочу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Благодаря услугам, которые я получаю, я чувствую меньшую тягу к наркотикам и алкоголю.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Я бы рекомендовал эти услуги другу, которому понадобилась бы подобная помощь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 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	
21. 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	



22. 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 номер телефона.

теперь расскажи немного о себе.

23. Как давно вы получаете здесь услуги?

- Менее 1 месяца
 1-5 месяцев
 6 месяцев и более

24. Возраст:

25. Вы зарегистрированы в программе Medi-Cal?

- Да Нет

26. 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

27. Гендерная принадлежность (выберите все подходящие варианты):

- женский Мужчина
 Другая гендерная идентичность:
 Отказался отвечать

28. Какова ваша сексуальная ориентация?

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

29. Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?

- да Нет Неизвестно

30. Раса / 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

31. 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

32. 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

Благодарим за затрату вашего времени на ответы!