



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
COORDENAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS
GRUPO DE MONITORAMENTO DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS EM LOCAIS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS

Ficha de entrevista de acolhido:

Clínica/Comunidade Terapêutica: _____

Data: _____

NOME: _____

IDADE: _____

SUBSTÂNCIA PSICOATIVA UTILIZADA: _____

DIAGNOSTICADO COM ALGUMA DOENÇA PSIQUIÁTRICA? _____

SE SIM, QUAIS? _____

INTERNAÇÃO: () VOLUNTÁRIA () INVOLUNTÁRIA () COMPULSÓRIA _____

HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ INTERNADO? _____

NOME DOS PAIS: _____

CIDADE EM QUE MORA _____

RECEBE VISITA? () SIM () NÃO. DE QUEM? _____

CIDADE EM QUE MORAM OS FAMILIARES/PESSOA ACIMA? _____

ESCOLARIDADE: _____

COM QUANTAS PESSOAS DIVIDE O QUARTO? _____

QUANTO TEMPO PASSA NO QUARTO? _____

PODE SAIR LIVREMENTE DO QUARTO? _____

QUAIS SÃO AS CONDIÇÕES DE HIGIENE DO QUARTO? _____

QUEM FAZ A LIMPEZA? _____

O QUARTO É TRANCADO À NOITE? _____

É ALGEMADO OU ATADO À NOITE? _____

É DADO ALGUM REMÉDIO PARA DORMIR? _____

TRABALHAR NA CLÍNICA/COMUNIDADE TERAPÊUTICA? _____

SE SIM, O TRABALHO É () VOLUNTÁRIO () OBRIGATÓRIO _____

EXISTE ALGUMA PUNIÇÃO POR NÃO TRABALHAR? _____

SE SIM, QUAIS? _____

EXISTE VIGILÂNCIA NO DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO? _____

SE SIM, COMO É EXERCIDA A VIGILÂNCIA? _____

A COMIDA É BOA? _____

O ACESSO À ÁGUA É LIVRE? _____

JÁ PRECISOU DE ATENDIMENTO MÉDICO? _____

E PSICOLÓGICO? _____

E ODONTOLÓGICO? _____

E ASSISTENTE SOCIAL? _____

FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
COORDENAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS
GRUPO DE MONITORAMENTO DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS EM LOCAIS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS

SE SIM, QUANTOS? _____

SABE QUAIS SÃO OS MEDICAMENTOS QUE INGERE? _____

SABE PARA QUE SE DESTINA A MEDICAÇÃO? _____

REALIZA TERAPIA? () NÃO () SIM. QUAIS? _____

AS ATIVIDADES TERAPÊUTICAS SÃO VOLUNTÁRIAS? _____

RECEBE ALGUM TIPO DE ASSISTÊNCIA RELIGIOSA? _____

ELA É CONFESSIONAL? _____

ELA É () OBRIGATÓRIA () FACULTATIVA _____

QUAL O TRATAMENTO DISPENSADO PELOS MONITORES? _____

JÁ FOI AGREDIDO/AMEAÇADO POR MONITORES? _____

JÁ FOI AGREDIDO/AMEAÇADO POR OUTROS PACIENTES? _____

JÁ OUVIU FALAR DE AGRESSÕES? _____

JÁ CONVERSOU COM ALGUÉM ACERCA DESSAS AGRESSÕES/AMEAÇAS? _____

JÁ FOI ENTREVISTADO POR EQUIPE TÉCNICA, JUIZ, ADVOGADO, PROMOTOR OU DEFENSOR? _____

POSSUI ADVOGADO? _____

OBSERVAÇÃO:

Assinatura

DECLARANTE