

QUESTIONNAIRE PSYCHIATRIQUE

NOM ET PRÉNOM : _____

MOYEN DE CONTACT : _____

Au cas où vous n'auriez pas assez de place pour répondre aux questions, il vous est possible d'inscrire la réponse sur une feuille à part, en indiquant le N° de la question.

1. Pourquoi vous adressez-vous à l'Association « Pères Mères Enfants Solidaires » ?

2. Êtes-vous en traitement psychiatrique ?

Oui

Non

A. Si oui, qui est votre médecin traitant ?

B. A quel secteur ce praticien est-il rattaché ?

C. Depuis quand êtes-vous en traitement ?

D. Pourquoi êtes-vous en traitement ?

E. Quel a été le diagnostic posé par le psychiatre ?

3. Dans votre entourage, avez-vous une personne de confiance que nous pouvons contacter et qui a donné son accord ?

Oui

Non

Si oui, veuillez noter ses coordonnées.

4. A votre avis, avez-vous été victime d'abus en général et aussi psychiatriques ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

5. Avez-vous été hospitalisé-e ?

Oui Non

Si oui, où ?

6. Votre internement a-t-il été volontaire ou non volontaire ?

7. Par qui a été ordonné ou demandé l'internement ?

Médecin Famille
 Autorité Vous-même
 Autre (précisez)

8. Avez-vous été condamné-e par la justice civile ?

Oui Non

9. Avez-vous été condamné-e par la justice pénale ?

Oui Non

10. Avez-vous été informé-e de vos droits en tant que patient ?

Oui Non

Si oui par qui ?

11. Avez-vous pu contacter une personne de votre choix

A. avant votre hospitalisation ?

Oui Non

B. pendant votre hospitalisation ?

Oui Non

C. après votre hospitalisation ?

Oui Non

Si oui qui ?

12. Avez-vous été victime de violence(s) physique(s) ou verbale(s) pendant votre hospitalisation ?

Oui Non

A. Si oui par qui ?

B. Si oui décrivez ces violences ?

13. Avez-vous été obligé-e de prendre des médicaments alors que vous n'en vouliez pas et que vous ne les supportiez pas ?

Oui Non

Si oui,

A. Quels sont ces médicaments ?

B. Qui vous a obligé à les prendre ?

C. Par quel moyen avez-vous dû les prendre ?

D. Avez-vous souffert de malaises ? Oui Non

Si oui, décrivez ces malaises ?

14. Avez-vous été informé-e des effets provoqués par ces médicaments ?

Oui Non

15. Pouvez-vous dire si, à l'heure actuelle, vous ressentez encore les effets provoqués par ces médicaments ?

Oui Non

Si oui, décrivez ces effets.

16. Avez-vous subi des mauvais traitements ?

Oui Non

Si oui, indiquez lesquels ?

isolement abus d'ordre sexuel
 mobbing injures
 menaces
 autres (précisez)

17. Si vous avez été placé-e en isolement, aviez-vous le sentiment d'être sous une surveillance permanente ?

Oui Non

Si oui pourquoi

18. Consécutivement à votre hospitalisation, des frais liés à celle-ci ont-ils été pris en compte par votre caisse-maladie ?

Oui Non

Si non,

A. quels sont ceux qui n'ont pas été remboursés ?

B. Pour quels motifs ?

C. Quel en est le montant ?

19. Avez-vous eu connaissance de faits qui relèvent du présent questionnaire et dont auraient été victimes d'autres patients ?

Oui Non

20. A quelle date avez-vous pu quitter l'hôpital psychiatrique voire être libéré-e ?(jour - date - année)

21. Êtes-vous encore sous contrôle psychiatrique ou médical ?

Oui Non

Si oui, sous quelle forme ?

22. S'il y a de bonnes raisons de le faire, pensez-vous donner une suite juridique ?

Oui Non

Si oui sous quelle forme ?

plainte pénale lettre

autres (précisez)

Date : _____

Signature : _____

Madame, Monsieur,

Si vous êtes victime, ou l'avez été, que vous vouliez vous joindre à d'autres plaignants, vous pouvez imprimer ce questionnaire, le remplir lisiblement, et le retourner à :

Madame Leïla Elisabeth Pellissier
Association PMES
Case postale 312
1224 Chêne-Bougeries

N'oubliez-pas de mentionner vos coordonnées.

Nous ne manquerons pas de vous contacter rapidement. Une plainte collective est possible.