

APPENDICE I

AOGOI - GRUPPO DI STUDIO SULLA VIOLENZA SESSUALE

SCHEDA CLINICA PER MINORI OLTRE I 13 ANNI E PER ADULTI DI SESSO FEMMINILE

ANNO _____ N° _____

Ospedale/Ambulatorio _____

Data _____ ora di arrivo _____
(della donna)

Medico del P.S. _____ Ginecologo _____
(STAMPATELLO) (STAMPATELLO)

Medico Mal.Inf. _____ Psichiatra _____

Assistente Sociale _____ Psicologa _____

Medico Legale _____

Nome e Cognome _____

Nazionalità _____ Data e luogo di nascita _____

Indirizzo: Via _____ n. _____ Città _____

Tel: _____ altro Tel: _____

Stato civile: nubile coniugata separata/libera di stato vedova

Inviato/a da:

Nome e cognome _____

Struttura: _____

Qualifica: _____ Tel _____

Accompagnato/a da:

Nome e cognome _____

Tel: _____

Rapporto con l'interessato/a _____

2. COSA E' ACCADUTO DAL MOMENTO DEI FATTI ALLA VISITA ATTUALE

tempo trascorso dalla violenza _____

si è già rivolta ad altre strutture sanitarie o ad un medico sì no

dove _____

quando _____

fotocopie acquisite da altre strutture sanitarie sì no

farmaci somministrati _____

pulizia delle zone lesionate o penetrate sì, con _____ no

cambio slip no sì cambio altri indumenti no sì

minzione no sì defecazione no sì

vomito no sì pulizia del cavo orale no sì

assunzione di farmaci no sì, _____

rapporti sessuali prima dopo l'aggressione dato non riferito

quando _____

3. SINTOMATOLOGIA RIFERITA

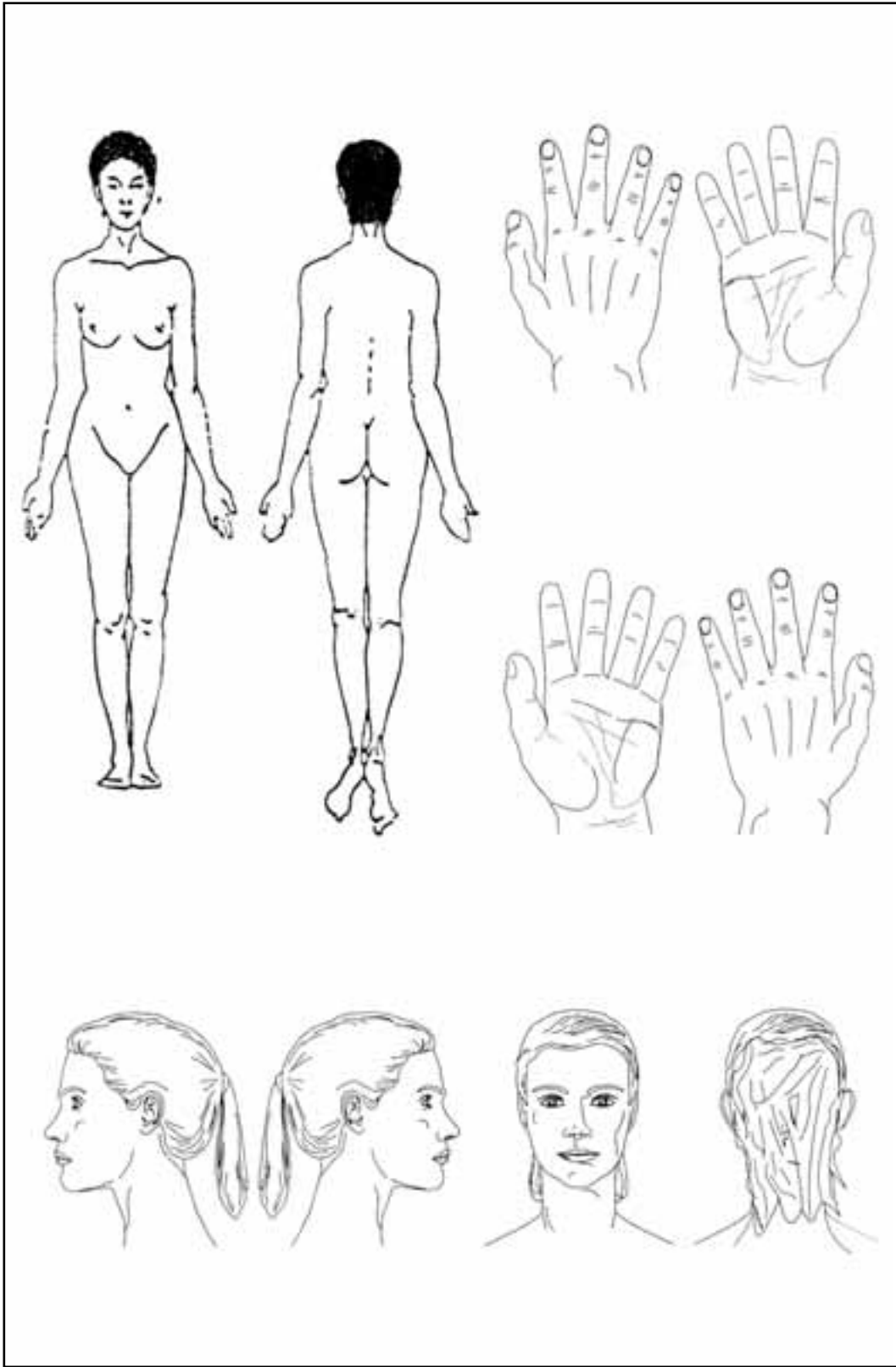
(sottolineare se e quali sintomi fisici e psichici sono presenti)

cefalea / dolore al volto / dolore al collo / dolore toracico / dolore addominale / dolore agli arti / algie pelviche / disturbi genitali / disturbi perianali / disuria / dolore alla defecazione / tenesmo rettale / altro:

sintomi psichici:

paura, sentimenti di impotenza e di orrore al momento del trauma / distacco, assenza di reattività emozionale

sensazione di stordimento / amnesia dissociativa con incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma / persistente rivissuto dell'evento (immagini, pensieri, sogni, flashback) / sintomi di ansia e di aumentato stato di allerta (ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, risposte di allarme esagerate) / pianto / tristezza / paura di conseguenze future / altro:



5. ESAME GENITALE

eseguito mediante occhio nudo colposcopio (segnalare ev. anche su disegno)

fotografie sì no allegate sì no motivo _____

Esame non eseguito; motivo _____



GRANDI LABBRA, PICCOLE LABBRA, CLITORIDE, MEATO URETRALE, FORCHETTA

	grandi labbra	piccole labbra	clitoride	meato uretrale	forchetta
arrossamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
escoriazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soluzione di continuo superficiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soluzione di continuo profonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
area ecchimotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sanguinamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

non evidenziabili segni di lesioni traumatico-contusive recenti

evidenza di lesioni recenti

Descrizione _____

IMENE

Imene fimbriato anulare semilunare _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> margini regolari, privo di incisure che raggiungono la base di impianto | <input type="checkbox"/> fino alla base di impianto |
| <input type="checkbox"/> con incisura singola | <input type="checkbox"/> non fino alla base di impianto |
| <input type="checkbox"/> con incisure multiple | <input type="checkbox"/> non evidenziabili segni di lesioni traumatico contusive recenti |
| <input type="checkbox"/> evidenza di _____ | |
- _____
- _____

Ultima mestruazione _____

Contracezione attuale _____

VISITA GINECOLOGICA BIMANUALE

non eseguita; motivo _____

vagina _____

collo uterino _____

corpo uterino _____

annessi _____

ESAME SPECULARE

Portio _____

pareti vaginali _____

secrezioni, sanguinamento, altro _____

PERINEO e ANO

- non evidenziabili segni di lesioni traumatico-contusive recenti
- evidenza di lesioni (arrossamento, escoriazione, soluzione di continuo superficiale soluzione di continuo profonda, area ecchimotica gavocciolo emorroidario, ragade, fistola, altro, sanguinamenti secrezioni, altro)

sede e descrizione _____

6. PRELIEVI DI MATERIALE BIOLOGICO

Indumenti indossati al momento dell'aggressione inviati a _____

TIPO DI INDUMENTO

TRACCE

_____ si no

_____ si no

_____ si no

_____ si no

SEDE	RICERCA SPERMATOZOI	TIPIZZAZIONE GENICA
Vulva-perineo	N° vetrini _____	N° tamponi _____
Vagina	N° vetrini _____	N° tamponi _____
Canale cervicale	N° vetrini _____	N° tamponi _____
Canale anale	N° vetrini _____	N° tamponi _____
Cavo orale	N° vetrini _____	N° tamponi _____
Cute	N° vetrini _____	N° tamponi _____

Scraping subunguale no si

Altro _____

SCREENING MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

- Neisseria G _____
 Trichomonas V. _____
 Chlamydia T. _____
 Batteriosi V. _____
 HPV (PAP-test) _____

- VDRL-TPHA _____
 HIVab _____
 markers epatite B _____
 HCVab _____

non eseguito; motivo _____

Programmato il _____

ESAMI TOSSICOLOGICI

urine sangue (specificare) _____

urine sangue (specificare) _____

ALTRI ESAMI

Test di gravidanza _____ beta HCG altro _____

7. TERAPIE PRESCRITTE E PROVVEDIMENTI SUCCESSIVI

Profilassi antibiotica per MST con:

- Azitromicina cpr 1 g per os (unica dose)
 Ceftriaxone f 250 mg i.m. (unica dose)
 Metronidazolo cpr 2 g per os (unica dose o 1 g + 1 g dopo 12 ore)
 Non eseguita; motivo _____

Intercezione con: Evamor d (2 c. x 2 ogni 12 ore) oppure Norlevo (1c. x2 ogni 12 ore)

Non prescritta; motivo _____

Consulenza Infettivologica e Profilassi post-esposizione ad HIV programmata
Consulenza psicologica programmata

Invio a domicilio _____

Ricovero, dove, N°cartella clinica _____

Motivo _____

Collocamento Comunità di accoglienza _____

Appuntamento per follow-up (controllo, colloquio, ritiro esami, altro) il _____

Ha sporto denuncia no sì dove _____

Intende farlo no sì non ha ancora deciso

Denuncia d'ufficio no sì da valutare

Consegnata fotocopia provvisoria scheda clinica alla paziente

sì no Verrà a ritirarla in data _____

FIRMA DEL/DEI MEDICO/I _____

FIRMA DELLA PAZIENTE _____