

AOGOI - GRUPPO DI STUDIO SULLA VIOLENZA SESSUALE

SCHEDA CLINICA PER MINORE DI SESSO FEMMINILE (FINO A 13 ANNI)

ANNO _____ N° _____

Data: _____ Ora di arrivo: _____

Ginecologo: _____ Medico P.S./ Pediatra: _____

Assistente sociale: _____ Psicologa: _____

Nome e Cognome: _____

Nazionalità: _____ Data e luogo di nascita: _____

Indirizzo: _____ n. _____ Città _____

Tel. _____ altro Tel. _____

Pediatra di riferimento _____

Scuola frequentata _____

Inviato da:

Nome e cognome _____

Struttura: _____

Qualifica _____

_____ Tel. _____

Visita richiesta (come da allegata richiesta scritta): Procura Minori Procura Adulti

Forze dell'Ordine altro _____

Accompagnato da:

Nome e cognome _____

Tel. _____ Cell. _____

Rapporto con la minore: _____

VARIAZIONI RIFERITE DEL COMPORTAMENTO (sottolineare se e quali sintomi sono descritti)

Vanno presi in considerazione i seguenti sintomi, verificando i contesti dove si verificano e specificando chi riferisce:

stanchezza, affaticamento, dolori somatici, disturbi psicosomatici; iperattività, eccitazione, irrequietezza, disturbi del comportamento alimentare improvvisi (anoressia, vomito), disturbi del sonno (ansia, rituali, incubi, risvegli ripetuti, terrori), disturbi affettivi (apatia, stato confusionale, crisi di pianto, disinteresse per il gioco), disturbi dell'adattamento (difficoltà scolastiche, calo di attenzione, variazione nel rendimento scolastico, isolamento, fuga), comportamenti anomali (masturbazione compulsiva, comportamenti sessuali e curiosità sessuali anomali, giochi a sfondo sessuale, frequenza di stati depressivi (senso di colpa, vergogna, autosvalutazione), sintomi fobici e/o ossessivi-compulsivi), strutturazione di difese (evitamento-congelamento, inversione dell'aggressività, opposizione o lotta, identificazione con l'aggressore), disturbi dell'attaccamento, paura-vigilanza, eccesso di familiarità, assenza dell'attaccamento, atteggiamenti instabili e aggressivi soprattutto con i coetanei, tendenza al ritiro sociale, relazioni caratterizzate da impulsività ed aggressività.

NUCLEO FAMILIARE

MADRE: generalità _____ convivente sì no

Età _____ scolarità _____

Lavoro: _____ stato civile _____

PADRE: generalità _____ convivente sì no

Età _____ scolarità _____

Lavoro: _____ stato civile _____

FRATELLI/SORELLE (specificare età e se conviventi o meno)

ALTRI CONVIVENTI _____

Periodo di inizio dell'abuso (in base a quanto riferito) _____

riferito da: _____

EPISODI PREGRESSI DI MALTRATTAMENTO SI () NO ()

EPISODIO ISOLATO DI ABUSO SI () NO ()

EPISODI RIPETUTI DI ABUSO SI () NO ()

PERCORSO DALL'ULTIMO EPISODIO ORE _____ GG _____ MESI _____

SOSPETTO ABUSANTE singolo () gruppo () n. _____

Noto () Extrafamiliare _____

Intrafamiliare _____

Convivente SI () NO ()

Ignoto () _____

RIFERITE MODALITA' DI ABUSO

- Non precisato
- Manipolazioni digitali: Vulvare () Anale () Imprecisato vul_/ana_ ()
Altro () _____
- Inserimento di oggetti (specificare l'oggetto _____)
Vulvare () Anale () Imprecisato vul_/ana_ ()
Altro () _____
- Penetrazione peniena: Vulvare () Anale () Imprecisato vul_/ana_ ()
Orale ()
- Richieste di pratiche masturbatorie _____
- Sede dell'eventuale eiaculazione _____

Data (se la visita viene effettuata successivamente) _____

ANAMNESI PATOLOGICA FAMILIARE

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (in particolare: precedenti osservazioni ed assistenze nei Pronti Soccorso; precedenti ricoveri)

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA (in particolare: traumi, vomito, stipsi, enuresi primaria o secondaria, incontinenza)

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Stadi di Tanner

B _____

P _____



B1



B2



B3

P1

P3



B4

P2

P4



B5

P5

Peli ascellari

SI ()

NO ()

Segni di estrogenizzazione vulvare

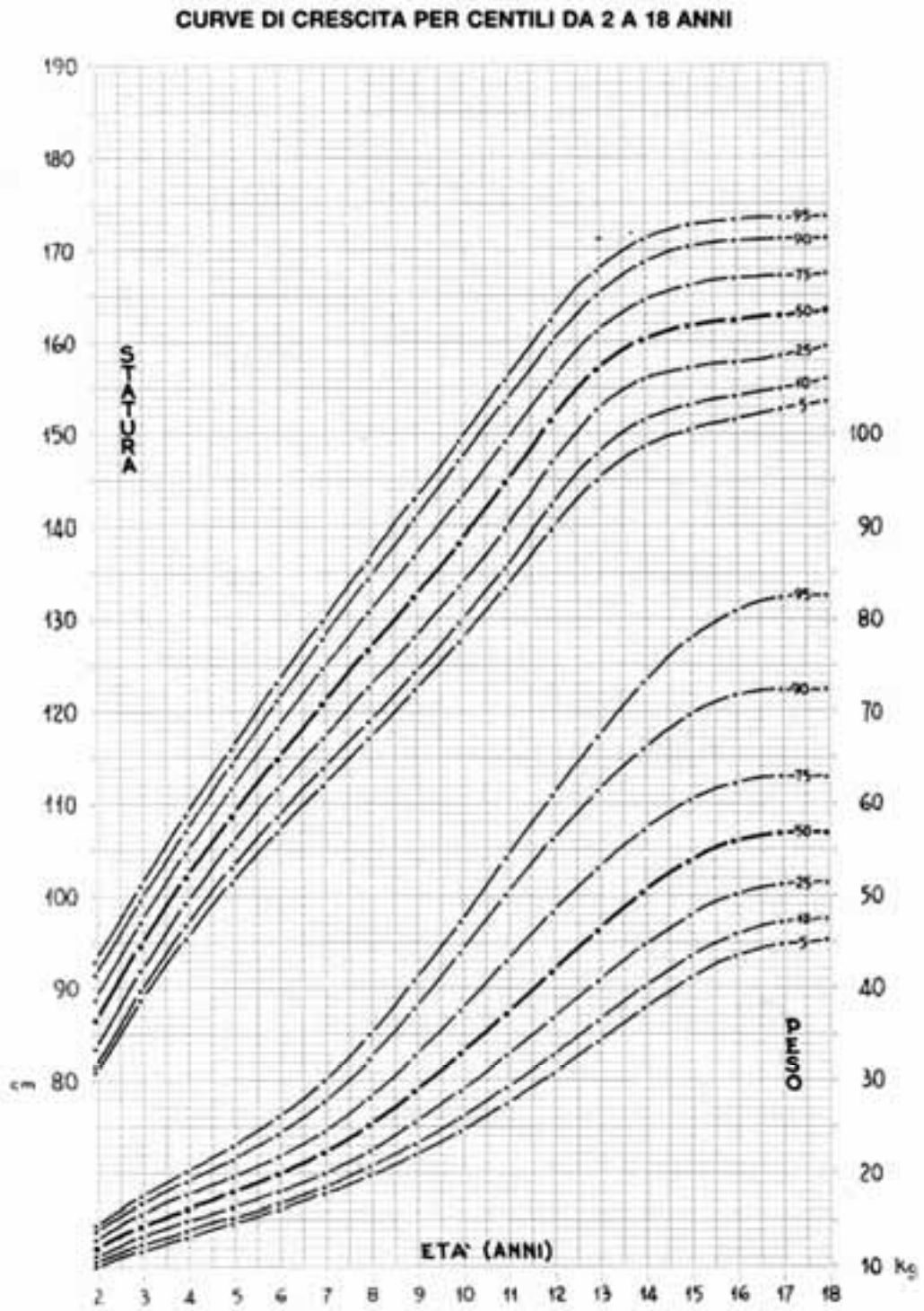
SI ()

NO ()

Specificare _____

Peso _____ Altezza _____

(femmina)



ANAMNESI GINECOLOGICA:

Pregresse flogosi vulvovaginali: _____

Traumi o chirurgia genitale pregressa: _____

Stipsi: _____ Secrezioni vaginali: _____

Sanguinamenti genitali pregressi: _____

Menarca: _____ Ciclo mestruale: _____ Uso di tamponi: _____

Ultima mestruazione: _____ Terapie _____

Attività sessuale volontaria SI () NO () Ultimo rapporto volontario _____

Epoca inizio _____

ESAME GINECOLOGICO

Posizione: ginecologica _____ frog-leg _____ genu-pettorale prona _____ Altro _____

Modalità: separazione () trazione ()

Colposcopio SI () NO ()

Lente di ingrandimento SI () NO ()

Foley SI () NO () Altro _____

Documentazione fotografica SI () NO ()

Se SI N° fotografie _____ Allegate SI () NO () per _____

Documentazione non riuscita per motivi tecnici _____

Esame non eseguito per _____

Atteggiamento del minore durante la visita: _____

Difficoltà dell'operatore _____

REGIONE VULVARE

	NO	SI	LOCALIZZAZIONE	NOTE
Sanguinamento				
Arrossamento				
Ipervascolarizzazione				
Escoriazioni				
Perdite di sostanza				
Soluzioni di continuo				
Ecchimosi				
Discromie				
Sinechie				
Cicatrici				
Stato igienico				
Secrezioni				
Altro				

MEATO URETRALE

Dilatazione no () sì () Diametro: (può essere misurato solo con griglia colposcopica) ____ (mm)

Bande periuretrali _____ simmetriche _____ asimmetriche _____

Altro _____

IMENE

Conformazione: semilunare _____ anulare _____ fimbriato _____ a tasca _____ setto _____

Altro _____

Bordo: lineare _____ frastagliato _____

Spessore: sottile uniformemente () spesso uniformemente ()
sottile da _____ a _____ spesso da _____ a _____

Diametro imenale trasverso ore 3 - ore 9 (può essere misurato solo con griglia colposcopica) in normotensione _____ mm

SCHEMA IMENE

1



2



3



4



5



6



7



8



- 1 puntiforme
- 2 a risvolto di manica
- 3 cribroso
- 4 semilunare
- 5 settato
- 6 fimbriato
- 7 anulare
- 8 a tasca

IMENE

	NO	SI	LOCALIZZAZIONE	NOTE
Sanguinamento				
Arrossamento				
Ipervascolarizzazione				
Ecchimosi				
Sinechie				
Cicatrici				
Appendici (Tags)				
Convessità (Bumps)				
Pliche mucosa vaginale				
Incisure parziali (notch/cleft)				profondità rispetto all'altezza imenale: 1/3 1/2 > 1/2
Transezioni fino alla base di impianto				
Attenuazione con arrotondamento e ispessimento bordo imenale (rolling)				
Attenuazione senza arrotondamento e ispessimento del bordo imenale (rolling)				
Pareti vaginali visibili			anteriormente posteriormente	estensione

FORCHETTA/PERINEO

	Si	No	LOCALIZZAZIONE
Sanguinamento			
Arrossamento			
Ipervascolarizzazione			
Escoriazioni			
Perdita di sostanza			
Soluzioni di continuo			
Ecchimosi			
Sinechie			
Discromie			
Appendici cutanee			
Visibilità Rafe mediano			
Cicatrici			
Friabilità forchetta			

REGIONE ANALE

	NO	SI	Localizzazione	Note
Sanguinamento interno al canale				
Sanguinamento esterno al canale				
Arrossamento				
Edema				
Congestione venosa				dopo minuti: posizione:
Escoriazioni				
Perdita di sostanza				
Soluzione di continuo				
Ragadi				numero
Appendici cutanee (tag)				
Ecchimosi				
Cicatrici				
Segni di grattamento				
Pliche cutanee appianate				
Perdita Tono sfintere				
Riflesso di dilatazione (evocabile alla cauta dilatazione laterale dei glutei)		Immediato (< 30 secondi) Tardivo (> 30 secondi) Persistente		specificare i tempi:
Presenza di feci				
Presenza di contrazioni/ rilasciamento spontanee				
Aspetto imbutiforme con visualizzazione canale anale				
Imbrattamento fecale				
Altro				

VAGINOSCOPIA: _____

RETTOSCOPIA: _____

CORPI ESTRANEI: _____

CAVITA' ORALE: _____

ESAMI DI LABORATORIO

Prelievo per: HIV _____ HbSAg _____ HCVAb _____ VDRL / TPHA _____
HSV 1 e 2 _____ Chlamydia _____ Altro _____

Prelievo per esame microscopico o colturale: sede/i _____
riscontro di: Chlamydia _____ Gonococco _____ Trichomonas _____
Mycoplasmi _____ Gardnerella _____ Miceti _____
Altro: _____

Sede	Ricerca spermatozoi (vetrini inviati presso _____)	prelievo per tipizzazione genica (tamponi inviati presso _____)
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 (specificare sede prelievo)	N° vetrini	N° tamponi

Scraping subungueale SI () NO ()
(conservato presso _____)

Altro _____

Altre consulenze:

PRESCRIZIONI

Terapia locale _____

Terapia antibiotica per MST (solo in casi sintomatici)

Per **Clamidia** (dopo gli 8 anni e dai 45 Kg): Azitrocin sosp. ped. 10 mg/Kg/dì 1 volta/dì per 3 dì

In alternativa Eritrocina gran. ped. 10% 50mg/Kg/dì in 3 somm. per 10 dì

Per **Gonorrea**: Rocefin 125 mg IM unica dose

Profilassi antitetanica _____ Profilassi antiepatite _____

Profilassi post-esposizione ad HIV (nei casi ad alto rischio) _____

Intercezione () Norlevo (1 c x 2gg ogni 12 ore)

Appuntamento per follow-up _____

Esami di controllo _____

Ha sporto querela no sì

dove e quando _____

intende farlo no sì non ha ancora deciso

già attivato iter giudiziario no sì da chi _____

denuncia d'ufficio no sì da valutare

Nome e qualifica dell'operatore _____

Firma _____

Nome e qualifica dell'operatore _____

Firma _____

Nome e qualifica dell'operatore _____

Firma _____

Firma del/dei genitori _____
