

**CARTELLA CLINICA GUIDATA MINORE
IN CASO DI VIOLENZA FISICA (LESIONI E MALTRATTAMENTI)
E VIOLENZA SESSUALE**

Cartella clinica n° _____

Data _____ Ora di arrivo del/della paziente _____

Dati del/della paziente

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Luogo e data di nascita _____ Nazionalità _____

Presenza di accompagnatore di supporto SI NO

Grado di parentela madre padre altro specificare _____

Inviato da _____

Segnalazione evento racconto spontaneo emerso durante visita per altro motivo

Acquisizione del consenso al trattamento dati SI NO

Consenso informato alle indagini forensi SI NO

ANAMNESI FAMILIARE

Situazione familiare:

Adottato SI NO Affidato SI NO Genitori conviventi SI NO

Genitori separati SI NO

Chi si prende cura del bambino: padre madre nonni comunità

Noto ai servizi sociali SI NO Nucleo familiare noto ai servizi sociali SI NO

Eventuali

note: _____



ANAMNESI CLINICA

disabile SI NO , specificare _____ autonomo

malattie rare SI NO, specificare _____

malattie croniche SI NO, specificare _____

assunzione di farmaci SI NO, specificare _____

assunzione di sostanze di abuso SI NO, specificare _____

ALTRO: _____

- Severità del danno potenzialmente fatale grave moderato lieve
- Si tratta di un danno avvenuto a casa (caduta, scottatura, ingestione, etc)? SI NO
- Ci sono evidenze di disidratazione/malnutrizione, arresto di crescita? SI NO
- Presenta evidenze di trascuratezza (es.: scarsa igiene)? SI NO
- Ci sono evidenze di precedenti lesioni (es.: fratture, ematomi)? SI NO
- Presenta un comportamento inappropriato (es.: aggressivo, spaventato, distaccato, eccitato)?
 SI NO
- Riferisce di essere stato maltrattato fisicamente? SI NO
- Riferisce di essere stato abusato sessualmente? SI NO
- 9E' stato visto ripetutamente in ospedale? SI NO



INFORMAZIONI SUL GENITORE/I E/O ACCOMPAGNATORE/I

Situazione familiare:

1. E' ricorso con eccessivo ritardo al trattamento medico? SI NO
2. Riferisce un racconto contraddittorio? SI NO
3. Presenza una insoddisfacente o nessuna spiegazione riguardo all'accaduto? SI NO
4. Mostra un atteggiamento distaccato? SI NO
5. Manifesta ostilità? SI NO
6. Si comporta in modo non appropriato alle circostanze? SI NO
7. Sente il bambino/a come un problema? SI NO
8. E' riluttante a dare informazioni? SI NO
9. Si rifiuta di dare il consenso per approfondimenti diagnostici? SI NO
10. Riferisce che il bambino/a è stato fisicamente abusato? SI NO
11. Riferisce che il bambino/a è stato sessualmente abusato? SI NO
12. Riferisce che il bambino/a è stato trascurato? SI NO

RACCONTO SPONTANEO DEL MINORE: (se possibile riportare parola per parola il racconto utilizzando i termini con cui il bambino si esprime)

GENITORI PRESENTI SI NO

Descrizione delle circostanze che hanno portato all'accesso in Pronto Soccorso¹

(tempo trascorso dalla violenza, se si è rivolto/a ad altre strutture sanitarie o ad un medico, eventuali farmaci assunti, eventuali rapporti sessuali prima o dopo la lesione, pulizie delle zone lesionate, cambio indumenti)

Esame obiettivo e ispettivo dettagliato

Sintomi presenti al momento della visita	
Cefalea (sì/no)	
Vomito (sì/no)	
Dolore toracico (sì/no)	
Algie pelviche (sì/no)	
Dolore in altra sede (se sì specificare)	
Disturbi genitali (sì/no)	
Disturbi perineali (sì/no)	
Disuria (sì/no)	
Dolore alla defecazione (sì/no)	

¹ Data e ora, luogo, numero degli aggressori, conosciuti/tipo di relazione, sconosciuti, eventuali altre notizie sull'aggressore, presenza di testimoni, minacce con o senza lesioni fisiche, minacce vere e proprie o solo verbali, furto di qualcosa, presenza di armi, ingestione alcolici o altre sostanze, perdita di coscienza, sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo, la vittima è stata spogliata (totalmente o parzialmente), le sono stati strappati i vestiti, tipo di penetrazione e se ripetuta, penetrazione di oggetti, uso di preservativo, eventuale eiaculazione, manipolazioni digitali.

Tenesmo rettale (sì/no)	
Stato comportamentale (eventuale consulenza Psichiatrica)	
Altro	

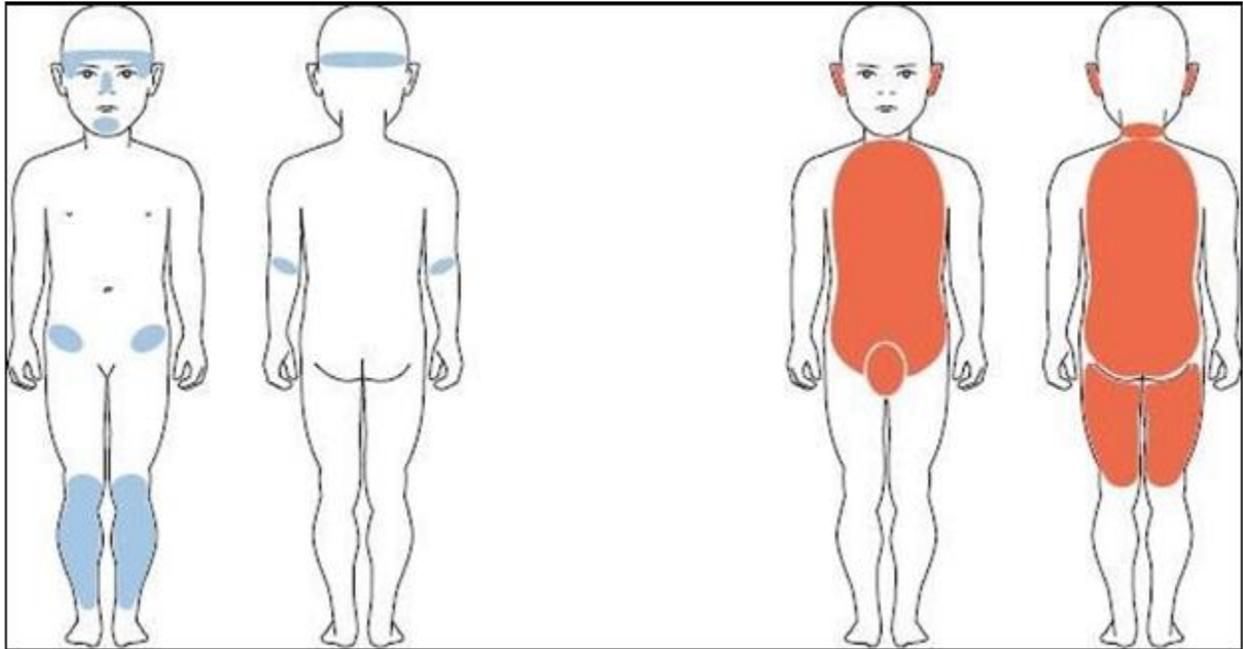
Presunto meccanismo lesivo:

- uso delle mani (schiacci, pugni, afferramento, strangolamento, soffocamento)
- scuotimento
- calci
- spinte
- percosse con bastoni, corde, cinture, cinghie
- ustione da ferro da stiro, stufa, accendino, asciugacapelli
- bruciature da sigarette
- immersione in acqua calda
- avvelenamento/intossicazione
- altro

(specificare): _____

È necessario:

- verificare le condizioni cliniche generali della paziente (polso, temperatura, pressione);
- verificare la presenza di eventuali segni di legatura a polsi e/o caviglie;
- verificare la presenza di eventuali tracce ematiche e/o di lesioni da difesa e/o di escoriazioni, graffi, bruciature, lacerazioni indicandone la sede e la caratteristiche sullo schema corporeo;
- ispezionare attentamente ricercando eventuale lesività il volto, la bocca (verificando se sono presenti denti rotti e/o lesioni nel palato), la mandibola, la zona periorbitale, la zona retroauricolare, le mammelle, l'interno coscia, il monte di Venere, le natiche esterna;
- riportare e descrivere quanto presente sullo schema corporeo;
- acquisire eventuale documentazione fotografica delle lesioni.



LESIONI TRAUMATICHE

Ecchimosi _____

Ematomi _____

Ferite superficiale e/o profonde _____

Bruciature _____

ESAME OBIETTIVO

VIOLENZA SESSUALE MINORE SESSO FEMMINILE

- Penetrazione vaginale SI NO
 - Rapporto orale SI NO
 - Uso di preservativo SI NO
 - Penetrazione con oggetti SI NO se sì quali _____
 - Penetrazione anale SI NO
 - Manipolazione digitale SI NO
 - Avvenuta eiaculazione SI NO
 - Note _____
-

COSA È ACCADUTO DAL MOMENTO DEL FATTO ALLA VISITA ATTUALE

- Pulizia delle zone lesionate e/o penetrate SI NO se sì con _____
- Assunzioni di alimenti e/o bevande SI NO
- Cambio di slip SI NO
- Cambio altri indumenti SI NO
- Minzione SI NO
- Defecazione SI NO
- Vomito SI NO
- Pulizia del cavo orale SI NO
- Rapporti sessuali prima dell'aggressione SI NO se sì quando _____
- Rapporti sessuali dopo l'aggressione SI NO se sì quando _____

Non riferito _____



SINTOMATOLOGIA RIFERITA

- disturbi perianali disuria algie pelviche disturbi genitali
 dolore alla defecazione tenesmo rettale
 Altro _____

ANAMNESI GINECOLOGICA

Caratteristiche del ciclo _____ Ultima mestruazione _____

Gravidanze SI NO Parti vaginali Taglio cesareo _____

Uso di contraccettivi in atto SI NO se sì quali: _____

Flogosi vaginali o pelviche in atto SI NO _____

ISPEZIONE GENITALI

Riportare le lesioni anche sul disegno

Ispezione dei genitali esterni	Grandi labbra	Piccole labbra	Clitoride	Meato uretrale	Forchetta posteriore	Perineo	Ano
Arrossamento							
Escoriazione							
Soluzione di continuo superficiale							
Soluzione di continuo profonda							
Ecchimosi							
Sanguinamento							

Eseguito mediante occhio nudo Sì No Lampada di Wood Sì No

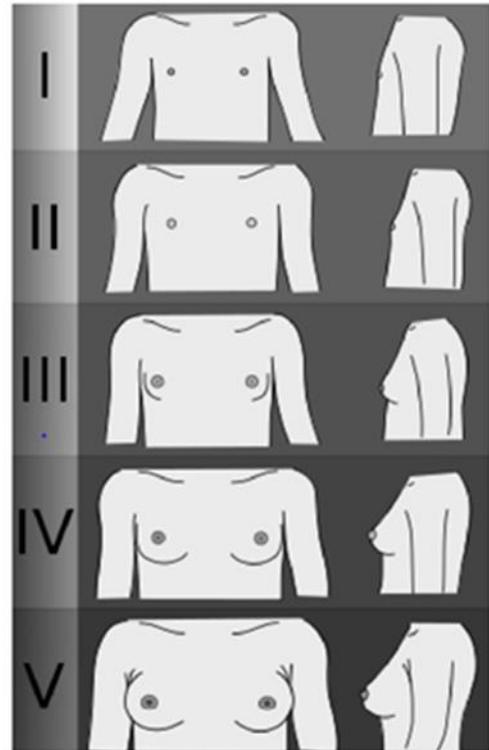
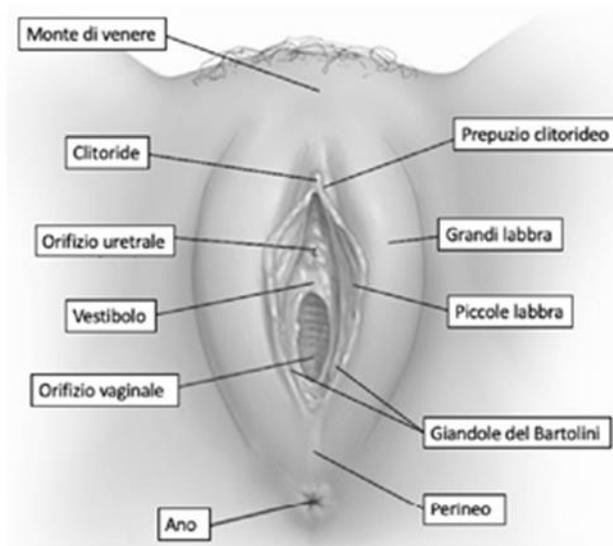
Riportare l'ultima mestruazione e la contraccezione utilizzata: _____

In caso non venga effettuata l'ispezione dei genitali esterni specificare le motivazioni:

Descrizione integrativa delle lesioni riportate in tabella:

Imene	
Tipologia (fimbriato, anulare, semilunare, altro)	
Margini regolari privi di incisure (sì/no)	
Presenza di una incisura singola (sì/no)	
Posizione della incisura	
Incisura non fino alla base di impianto (sì/no)	
Incisura fino alla base di impianto (sì/no)	
Presenza di incisore multiple (sì/no)	
Con incisore multiple fino alla base di impianto	
Posizione delle incisure	
Incisure non fino alla base di impianto (sì/no)	
Incisure fino alla base di impianto (sì/no)	
Escoriazioni/lacerazioni (sì/no)	
Se sì indicare la posizione	

Esame speculare	Annotazioni
Portio	
Pareti vaginali	
Eventuali secrezioni e/o sanguinamenti	



Spiegazione delle cause delle lesioni fornite dal/dalla paziente:

VIOLENZA SESSUALE MINORE SESSO MASCHILE

ISPEZIONE GENITALE

In caso non venga effettuata l'ispezione dei genitali esterni specificare le motivazioni:

PENE, SCROTO, PERINEO, ANO

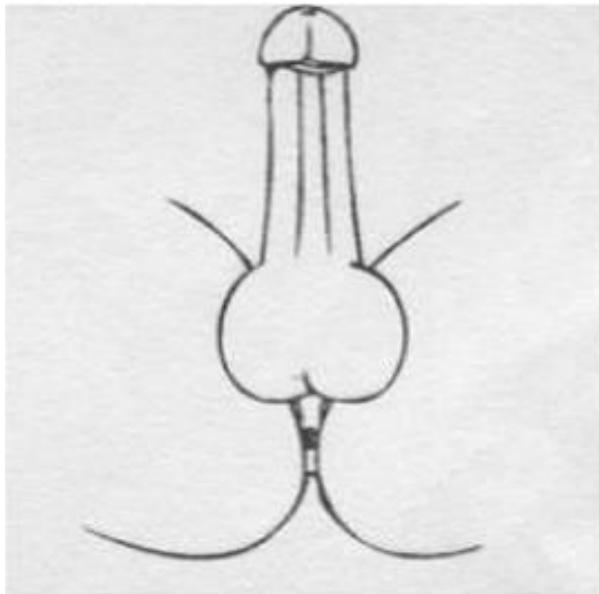
Non evidenziabili segni di lesioni traumatiche-contusive recenti

Evidenza di lesioni

	Pene	Scroto	Perineo	Meato uretrale	Ano
Arrossamento					
Escoriazione					
Soluzione di continuo superficiale					
Soluzione di continuo profonda					
Area ecchimotica					
Sanguinamento					
Emorroidi					
Ragade					
Fistola					

Eseguito mediante occhio nudo Sì No

Lampada di Wood Sì No



Descrizione integrativa delle lesioni riportate in tabella:



Spiegazione delle cause delle lesioni fornite dal/dalla paziente:

Esami complementari richiesti

Eeguire prelievi ematici, da ripetere a 3 e 6 mesi per Lue, HIV, Clamidia, Epatite B e C, Test di gravidanza (β -HCG)



Diagnosi e Trattamento

Profilassi antibiotica: eseguire il trattamento, ove necessario, di malattie infettive trasmesse a tempo zero. Prendere in considerazione profilassi per il tetano, vaccinazione per epatite B, profilassi per HIV.
(Consulenza Infettivologica)

Data _____

Timbro e firma del Medico Ginecologia

Timbro e firma dell'Ostetrica.....

Timbro e firma del Medico di Pronto Soccorso.....

Timbro e firma del Medico di Pediatria.....