

Allegato 3

CARTELLA CLINICA GUIDATA 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 _____

Il/La paziente viene informato/a che la presente documentazione resta custodita al Pronto Soccorso ed è a sua disposizione.

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

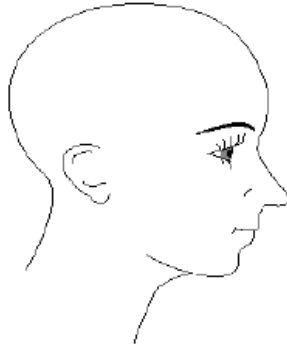
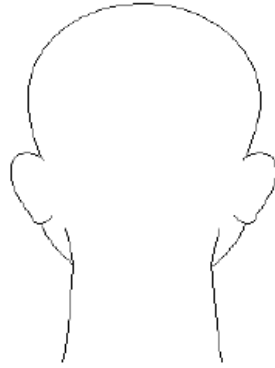
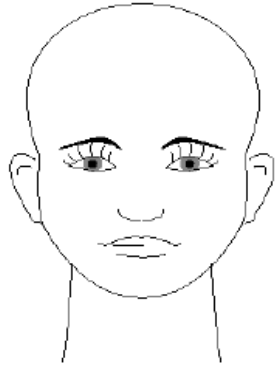
Sintomi presenti al momento della visita	
Cefalea (sì/no)	

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.

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

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 GINECOLOGICO

È opportuno ricordare che i tamponi dai genitali esterni devono essere effettuati PRIMA di qualsiasi esplorazione manuale o mediante colposcopio e/o dell'inserimento dello speculum.

Eseguito mediante: occhio nudo sì no

Colposcopio sì no

Documentazione fotografica allegata sì no

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							

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	

Visita ginecologica bimanuale	Annotazioni
Vagina	
Collo dell'utero	
Corpo dell'utero	
Annessi	

In caso non venga effettuata la visita ginecologica bimanuale specificare le motivazioni:

Spiegazione delle cause delle lesioni fornite dal/dalla paziente:

Esami complementari richiesti

Eseguire prelievi ematici, da ripetere a 3 e 6 mesi per Lue, HIV, Clamidia, Epatite B e C



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 ginecologo

Timbro e firma dell'Ostetrica

Timbro e firma del Medico di Pronto Soccorso