

ANNO .....N° IDENTIFICATIVO .....

Data ...../...../..... Ora di arrivo (della vittima).....

# SCHEDA CLINICA PER DONNE CON RIFERITA / SOSPETTA VIOLENZA SESSUALE



# Consenso informato all'esecuzione del test HIV

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ liberamente,  
spontaneamente e in piena coscienza,

## ACCONSENTO

a essere sottoposto/a ad accertamenti sierologici per infezione da HIV, per i quali sono consapevole che è necessario procedere ad un prelievo ematico.

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile e particolareggiata sull'analisi diagnostica propostami, sia attraverso la consegna di materiale informativo, sia attraverso un colloquio con un operatore sanitario che ha risposto in maniera esauriente a tutti i quesiti posti.

Dichiaro, inoltre, che mi è stata fornita la garanzia che l'esito di tali esami mi sarà direttamente comunicato e che su di esso sarà mantenuta la massima riservatezza, come previsto dalla normativa vigente.

**Dichiaro, infine, che**

- **desidero eseguire l'indagine per HIV in forma anonima:**     SI     NO

Parma, \_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato/a**

\_\_\_\_\_

Confermo di aver fornito, mediante un colloquio, informazioni dettagliate sull'accertamento e ritengo che siano state comprese dall'interessato/a.

**Firma e timbro del Medico**

\_\_\_\_\_

Ginecologo ..... Medici PS  
.....

Infermiere / Ostetrica del triage  
.....

Medico Mal. Inf. .... Medico legale  
.....

Assistente sociale ..... Psicologa  
.....

Cognome e Nome .....

Nazionalità ..... Data e luogo di nascita  
.....

Indirizzo : via ..... n° ..... Città  
.....

Telefono .....

Medico di Medicina Generale  
.....

Stato civile :  nubile       coniugata       separata / libera di stato       vedova

Inviata da :

- Autonoma
- Invio da MMG/continuità assistenziale/ 118 .....
- Invio da altro Ospedale di .....
- Servizio Territoriale .....
- Forza dell'ordine .....
- Altra istituzione .....
- Procura di .....

Accompagnata da:

Cognome e Nome  
.....

Tel. ....

Rapporto con l'interessata/o  
.....

**Anamnesi Generale:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Donna nota a:**

- Servizi Sociali: NO  SÌ : quale .....
- Centro anti violenza: NO  SÌ : quale .....
- Psichiatria: NO  SÌ : quale .....
- Tossicodipendenze/Ser.D.P.: NO  SÌ : quale .....
- Altro: NO  SÌ : quali .....

**Anamnesi ginecologica:**

Menarca: NO  SÌ  : età: .....

Climaterio: NO  SÌ  : età: .....

Ciclo:  regolare;  irregolare;  altro .....

Data ultima mestruazione: .....

Contraccezione: NO  SÌ : tipo .....

Gravidanze n. .... parti n. .... interruzioni n. .... figli n. ....

Malattie veneree già note: NO  SÌ : quali .....

Altro: .....

.....

.....

.....

.....



---

---

**Tipologia di relazione autore-vittima:**

- Coniuge/convivente
- Fidanzato
- Ex coniuge/ex convivente
- Ex fidanzato
- Altro parente
- Collega/datore di lavoro
- Conoscente/ amico
- Cliente
- Vicino di casa
- Compagno di scuola
- Insegnante o persona che esercita un'attività di cura e/o custodia
- Medico o operatore sanitario
- Persona sconosciuta alla vittima
- Altro
- Autore non identificato

**Tabella sintesi anamnestica per violenza sessuale:**

<b>Atto subito</b>	orale	anale	vaginale
Manipolazione			
Penetrazione			
Eiaculazione			
Atto unico			
Atto ripetuto			
Aggressore unico			
Più aggressori			
Digitale			
Corpi estranei			

<b>Atto agito*</b>	orale	anale	vaginale
Manipolazione			
Penetrazione			
Eiaculazione			
Atto unico			
Atto ripetuto			
Aggressore unico			
Più aggressori			
Digitale			
Corpi estranei			

## 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? SI NO

Dove?  
.....

Quando?  
.....

Fotocopie acquisite da altre strutture sanitarie SI NO

Farmaci somministrati  
.....  
.....

Pulizia delle zone lesionate o penetrate? NO SI, con .....

Cambio slip NO SI

Cambio altri indumenti NO SI

Minzione NO SI

Defecazione NO SI

Vomito NO SI

Pulizia del cavo orale NO SI

Utilizzo di preservativo NO SI

Assunzione di farmaci? NO SI .....

Rapporti sessuali prima dell'aggressione 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, mammario / dolore addominale / dolore agli arti, alle cosce /  
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: .....

Precedenti aggressioni? Se si di che tipo? (violenza psicologica, fisica, sessuale, economica, stalking)

.....

.....

## 4. ESAME OBIETTIVO GENERALE

(Descrizione di lesioni e tracce<sup>1</sup> - segnalare anche su schema corporeo)

### Atteggiamento e Aspetto generale della donna durante il colloquio:

#### Livello di collaborazione:

collaborante  poco collaborante  oppositivo  altro .....

#### Atteggiamento:

indifferente;  distaccato;  timoroso;  compiacente;  irrequieto;  stato di allarme;  ansioso;  piange;

non definibile;  altro .....

#### Aspetto generale:

ordinato e curato;  trasandato;  altro: .....

### Nel caso in cui si rilevino mutilazioni genitali fare riferimento alla classificazione WHO (OMS) riportata nella pagina successiva:

Grandi labbra: .....

Piccole labbra: .....

Clitoride: .....

Meato uretrale e area peri uretrale: .....

Imene: .....

Vagina: .....Perineo: .....

<sup>1</sup> Osservare i polsi per eventuali segni di legatura. Osservare gli avambracci per eventuali lesioni da difesa (lividi, arrossamenti, abrasioni, ferite), ricordarsi che sulle persone di pelle scura i lividi sono meno evidenti e quindi potrebbe essere facile non distinguerli. Annotare eventuali segni di iniezione. La superficie interna delle braccia e le ascelle sono aree in cui spesso, il caso di violenza, si trovano segni di costrizione o segni lasciati dagli abiti che sono stati strappati di dosso con violenza.

Passare quindi all'esame del viso. Controllare le narici per eventuali segni di epistassi. Controllare la mandibola per eventuali zone doloranti (a seguito di schiaffi o pugni). Osservare attentamente la bocca, in particolare per lesioni della mucosa. Spesso in caso di penetrazione orale non consensuale si rilevano petecchie sul palato duro e/o molle. Controllare che non ci siano lesioni del frenulo o dei denti. Eseguire un tampone orale passando il tampone sulle gengive, sui denti, sulla mucosa all'interno delle guance. Il tampone dovrà essere strisciato su un vetrino da laboratorio prima di essere richiuso per la conservazione. Esaminare poi le orecchie, senza dimenticare la zona posteriore dove spesso si rilevano lesioni da schiacciamento o da colpi ricevuti. Passare poi all'esame dello scalpo che potrebbe rivelare zone dolenti, zone in cui i capelli sono stati strappati o lesioni difficilmente visibili tra i capelli. Il collo è un'area di grande interesse forense, spesso la vittima viene presa per il collo per essere trattenuta o per un tentativo di soffocamento, altre volte l'assalitore lascia tracce biologiche quali saliva o sperma, quindi ogni macchia o zona di colorazione sospetta dovrebbe essere tamponata con due tamponi sterili (uno secco ed uno umido) e i tamponi dovranno essere strisciati su vetrini da laboratorio.

Si potrà quindi passare all'esame del tronco partendo dalla schiena per poi passare al seno. Sul seno è spesso possibile rilevare saliva e sperma, quindi prima di toccare la cute, chiedere alla paziente se ricordasse c'è stato contatto fisico con l'assalitore (morsi). Un esame visivo e palpatorio dell'addome permetterà di rilevare lesioni evidenti o sospettare eventuali lesioni interne.

L'esame delle gambe dovrebbe iniziare dalla parte frontale delle cosce per poi estendersi al resto delle gambe. Uno dei pattern più comuni nelle vittime di violenza sessuale, sono le lesioni da forzatura sull'interno delle cosce. Il pattern è normalmente simmetrico ed è causato dalle ginocchia dell'assalitore. È abbastanza comune trovare lesioni sulle ginocchia. Le caviglie devono essere controllate per segni di legatura. I piedi possono presentare lesioni da strisciamento. Anche la pianta del piede deve essere esaminata.



Figure 9A: Unaltered female genitalia

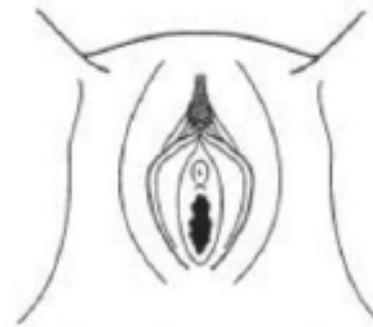


Figure 9B: Area of tissue removed – Type I FGM

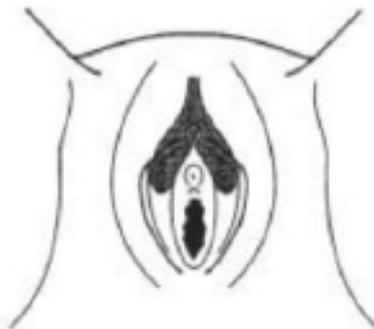


Figure 9C : Area of tissue removed – Type II FGM

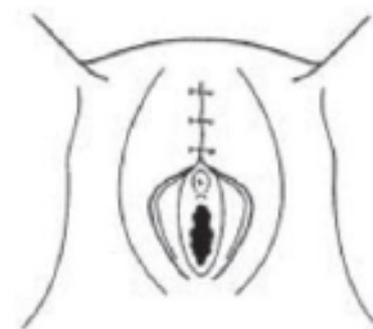


Figure 9D : Appearance of Type II after suture

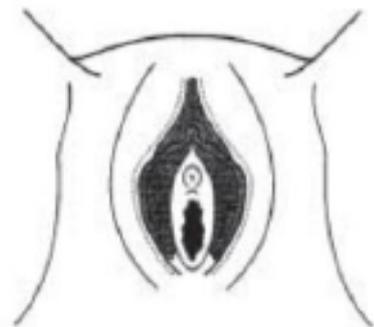


Figure 9E : Area of tissue removed – Type III FGM

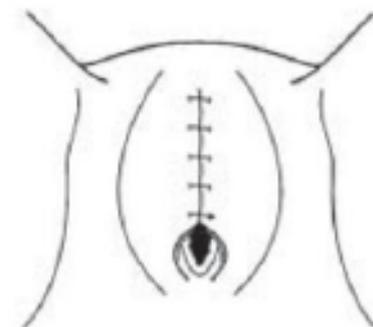
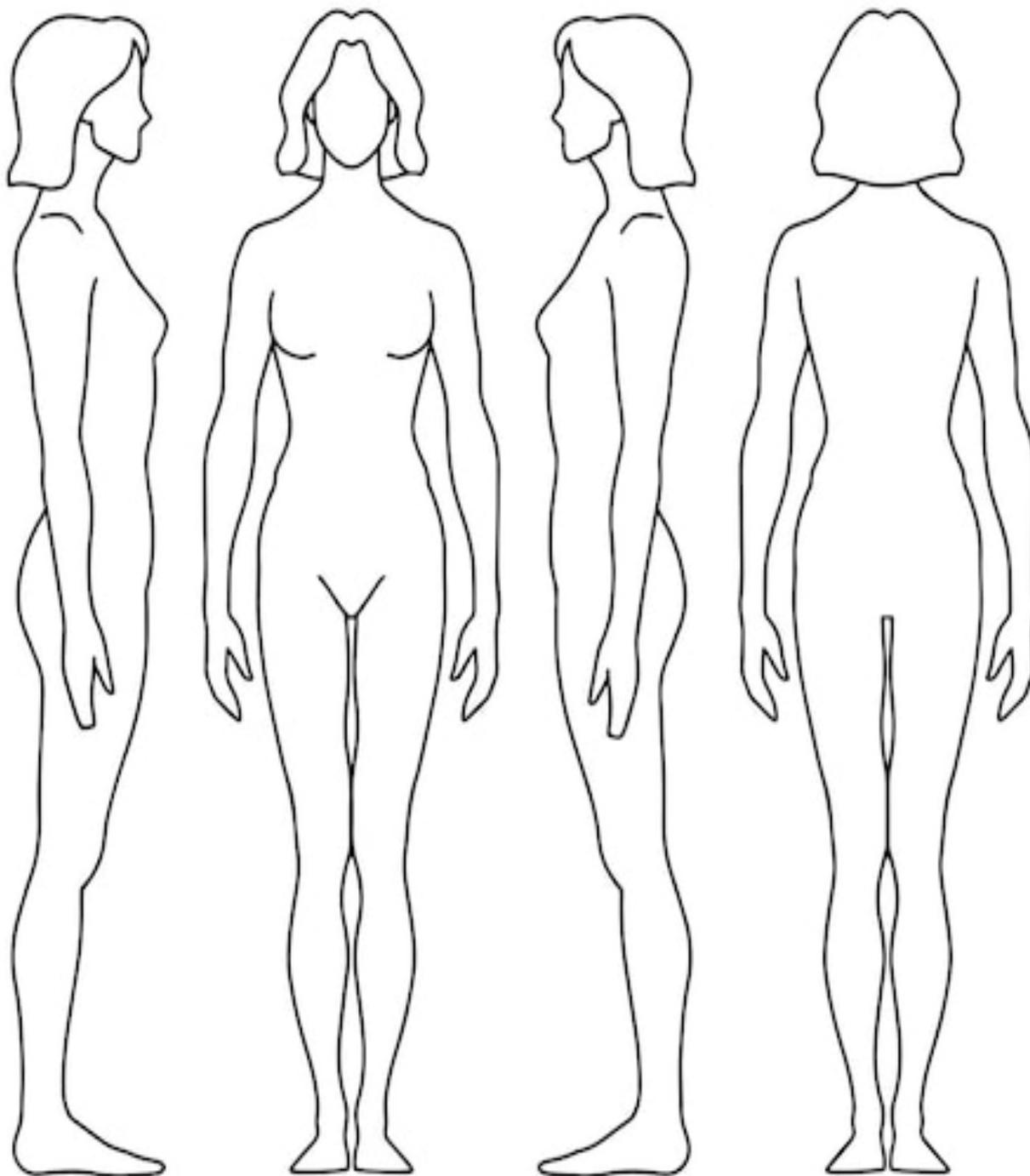


Figure 9F : Appearance of Type III after suture

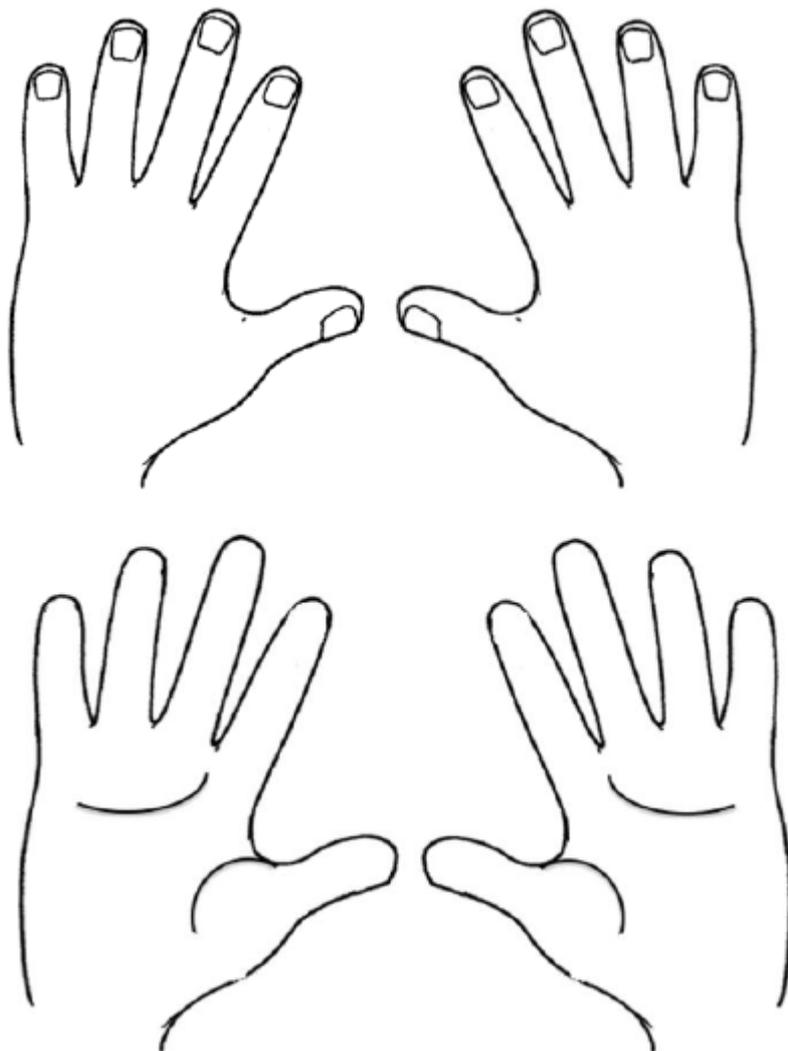
*Compilare evidenziando sulle figure la sede anatomica interessata utilizzando i riferimenti corrispondenti alle diverse tipologie lesive*



**Legenda**

- = escoriazione; ○ = ecchimosi; ◇ = soluzione di continuo; # = ustione;  
≈ = imbrattamento

## SCHEMA MANI POLSI

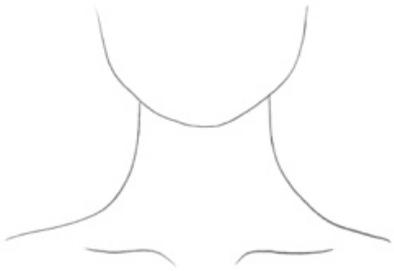


## LESIVITA' DELLE SEDI EROGENE

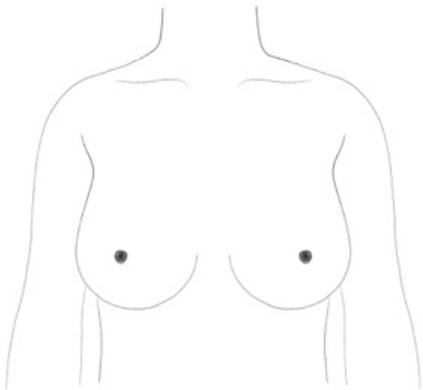
*(si indichino in figura le lesioni secondo sede anatomica colpita e relativa tipologia. Attenersi al codice in **Legenda** poi esplicitare in forma scritta tipologia e numero di lesioni)*

Sede anatomica	Tipologia	Numero
<p data-bbox="76 1496 188 1529"><b>VOLTO</b></p> 		

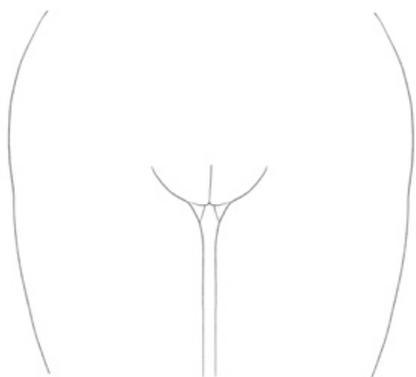
**COLLO**



**R. MAMMARIA**



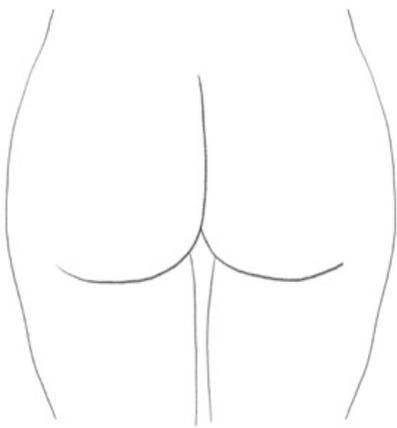
**R. PUBICA**



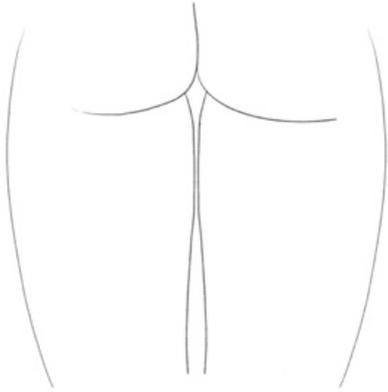
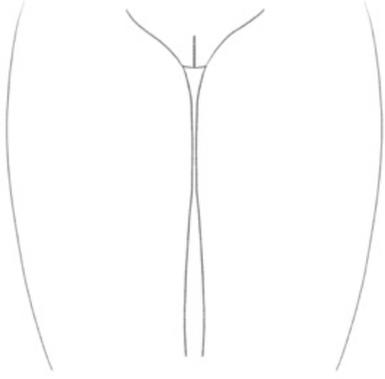
**R. PERINEALE/GENITALE**



**R. GLUTEA**



COSCE

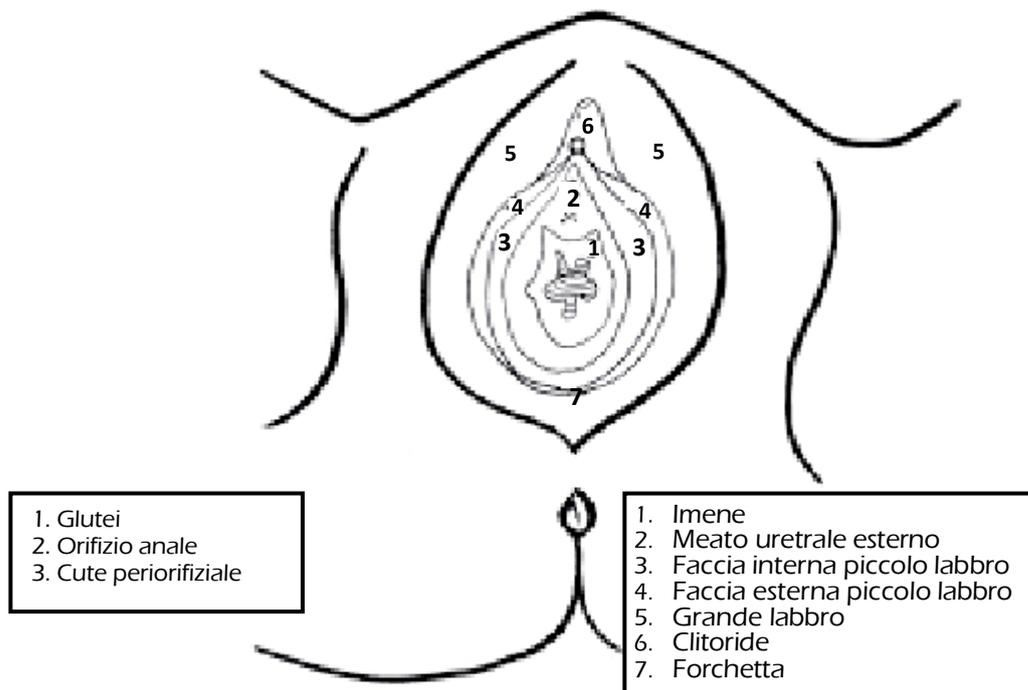




## 5. ESAME AREA ANO GENITALE

Eseguito mediante  occhio nudo  colposcopio

Fotografie  SI  NO Allegate  SI nr.  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"/>				
Escoriazione	<input type="checkbox"/>				
Soluzione di continuo superficiale	<input type="checkbox"/>				
Soluzione di continuo profonda	<input type="checkbox"/>				
Area ecchimotica	<input type="checkbox"/>				
Sanguinamento	<input type="checkbox"/>				
Altro	<input type="checkbox"/>				

Non evidenziabili segni di lesioni traumatico - contusive recenti

Evidenza di lesioni

recenti

GLUTEI- AREA ANALE			
	glutei	orifizio anale	cute periorifiziale
Arrossamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escoriazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soluzione di continuo superficiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soluzione di continuo profonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Area ecchimotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguinamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro (gavocciolo emorroidario, ragade, fistola, secrezioni...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**IMENE**

Imene:  fimbriato  anulare  semilunare  scarsi residui imenali (pluripara)

margini regolari, privo di incisure che raggiungono la base d'impianto

con incisura singola  non fino alla base di impianto

con incisure multiple  fino alla base di impianto

Segni di lesioni traumatico-contusive recenti

Sedi e descrizione:

.....

.....

.....

.....

**VISITA GINECOLOGICA BIMANUALE**

Non eseguita; motivo

.....

vagina .....

collo uterino .....

corpo uterino .....

annessi .....

.....

**ESAME SPECULARE**

Portio .....

pareti vaginali .....

.....

secrezioni,  
sanguinamento.....

altro.....

.

**ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - TRANSADDOMINALE DI SUPPORTO**

Eseguita (vedi referto view point allegato)

Non eseguita; motivo

.....

.....

.....

.....

.....

## 6. PRELIEVI DI MATERIALE BIOLOGICO

Indumenti indossati al momento dell'aggressione inviati/consegnati a .....

Tipo di indumento .....

Tracce

SI....  NO....

SI....  NO....

SI....  NO....

SI....  NO....

Sede	Ricerca spermatozoi*	Tipizzazione genetica
Vulva - perineo	N° vetrini .....	N° tamponi .....
Vagina fornici	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 .....

(\*: La persistenza degli spermatozoi nelle diverse sedi può variare da 6 ore (**cavo orale**) a 1-3 giorni (**retto e genitali esterni**) fino a 7-10 giorni (**cervice**)).

Scraping subungueale:  NO  SI

Altro .....

### SCREENING MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Tamponi cervicali:  Chlamydia T. ;  Gonococco ;  Mycoplasma;  HPV;  Herpes Virus

Tamponi vaginali:  Batteri;  Gardnerella;  Miceti;  Candida;  Trichomonas

HBV;  HCV;  HIV;  VDRL/TPHA

Non eseguito; motivo .....

### ESAMI TOSSICOLOGICI

urine  sangue (specificare) .....

urine  sangue (specificare) .....

non eseguiti

### ALTRI ESAMI

Test di gravidanza .....  beta HCG     altro  
.....

## 7. TERAPIE PRESCRITTE E PROVVEDIMENTI SUCCESSIVI

### Profilassi antibiotica per MST con:

Azitromicina 1 g. per os (unica dose)

Ceftriaxone 250 mg. IM (unica dose)

Metronidazolo 2 gr. per os (unica dose)

Non eseguita; motivo

.....

.....

Profilassi per HBV se non vaccinata  NO  SI  Programmata ;

.....

Profilassi per HPV se non vaccinata  NO  SI  Programmata ;

.....

Intercezione con:  Ulipristal acetato 30 mg

Non prescritta; motivo

.....

Consulenza Infettivologica e Profilassi post - esposizione ad HIV  Programmata

Consulenza Psicologica  Programmata ; .....  Rifiutata

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  SI dove .....

Intende farlo:  NO  SI  Non ha ancora deciso

Denuncia d'ufficio:  NO  SI  Da valutare

Consegnate prove fotografiche alla paziente:  NO  SI  Non effettuate

Consegnati indumenti personali indossati<sup>1</sup>:  NO  SI

<sup>1</sup> Gli indumenti e i campioni saranno conservati per un tempo non inferiore a 18 mesi come concordato con l'Autorità Giudiziaria: trascorsi pertanto

Consegnata scheda clinica alla Paziente (formato originale)

SI      NO      Verrà a ritirarla in data ...../...../.....

Firma del/i Medico/i .....

Firma della Paziente.....