

Allegato A:

**CARTELLA CLINICA GUIDATA**  
**IN CASO DI ABUSO SOSPETTO O RIFERITO**  
**AREA PEDIATRICA PRONTO-SOCCORSO/OBI**  
**AORN SANTOBONO PAUSILIPON**

**DATA:** \_\_\_\_\_

**ORA DI ARRIVO:** \_\_\_\_\_ **ORA DI DIMISSIONE:** \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI GENERALI**

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**Data e luogo di nascita:** \_\_\_\_\_

**Pediatra di famiglia:** \_\_\_\_\_

per i dati anagrafici vedi cartella di PSP allegata n° \_\_\_\_\_

**Lingua utilizzata:** \_\_\_\_\_ **Interprete:**      **si**      **no**

**Cognome e nome interprete:** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico interprete:** \_\_\_\_\_

**Dati dell'accompagnatore n.1**

**Genitore**       **Tutore legale**       **Autorità giudiziaria**       **Altro**

**Cognome e Nome:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza:** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_

**Dati dell'accompagnatore n.2 (se presente)**

Genitore       Tutore legale       Autorità giudiziaria       Altro

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

**Modalità di presentazione del minore:**

- Autonoma;**
- Genitore/i: quale:** .....
- Tutore:** .....
- Altro (parente, vicino di casa ecc.):** .....
- Invio da PLS/MMG 5:** .....
- Invio da Ospedale di:** .....
- Servizi Territoriali:** .....
- Scuola:** .....
- Forze dell'Ordine:** .....
- Altra Istituzione:** .....
- Procura Tribunale minori/Procura Tribunale ordinario:** .....

**Altri conviventi:** .....

**Fratelli/Sorelle:**

cognome e nome: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_\_

cognome e nome: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_\_

cognome e nome: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_\_

**ANAMNESI REMOTA**

	SI	NO	Non nota	DESCRIZIONE
<b>Ricoveri ospedalieri</b>				
<b>Malattie significative</b>				
<b>Crescita e sviluppo</b>				
Disturbi dell'alimentazione				
Disturbi del sonno				
Disturbi dell'alvo: tipo (es. Encopresi)				
Disturbi della minzione				
Disturbi dell'apprendimento				
Disturbi del comportamento				
Comportamenti aggressivi				
<b>Altro</b>				

**ANAMNESI MEDICA PROSSIMA**

	SI	NO	specificare
Recente (entro 60 giorni) lesione ano-genitale, chirurgia, procedure diagnostiche o trattamenti medici che possono alterare l'interpretazione dei riscontri clinici			
Qualsiasi condizione medica che può alterare l'interpretazione dei riscontri clinici			
Storia di maltrattamento/ abuso pregresso			
Altri rapporti sessuali			
Uso di contraccettivi in atto			Se si, quali _____
Menstruata  Età del menarca: _____  Ultima mestruazione: _____			
Condizioni generali:  - denutrito - disidratato - igiene personale scarsa			

**RACCONTO DELL'AGGRESSIONE/EVENTO**

- Resoconto del fatto così come riferito dall'accompagnatore/i senza la presenza del minore:


- Resoconto del fatto così come riferito dal minore (con le sue parole), auspicabilmente in assenza dell'adulto/i accompagnatore/i (specificare chi è presente durante il racconto):


Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Luogo dell'evento \_\_\_\_\_

Sospetto maltrattante/abusante       singolo       gruppo n. \_\_\_\_

Convivente      SI            NO     

Nota      SI            NO     

Extrafamiliare            Intrafamiliare     

	Sì	No
Minacce verbali		
Minacce con strumenti/armi		
Ingestione o abuso di alcolici o altre sostanze		
Mezzi di contenzione		
Spogliata		
Maltrattamento fisico		

**Atteggiamento del minore durante il colloquio:**

Livello di collaborazione:       collaborante       poco collaborante       oppositivo  
  
 altro .....

Atteggiamento:       indifferente       distaccato       timoroso       compiacente  
  
 irrequieto       ansioso       piange       non definibile  
  
 altro \_\_\_\_\_

Difficoltà del professionista durante il colloquio: \_\_\_\_\_

Indumenti (precisare: presenza di imbrattamenti e/o soluzioni di continuo, tagli e/o altre modifiche apportate dai sanitari, eventuali cambi di indumenti realizzati nel tempo intercorso tra evento e visita, eventuale repertazione e conservazione):


**ESAME OBIETTIVO**

Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ Stadiazione di Tanner \_\_\_\_\_

**LESIVITÀ**

In riferimento a segni di lesione, in atto o pregressi, specificare il tipo di lesione, la sede anatomica, la forma, la dimensione, il colore. In particolare, specificare la presenza di eritemi, ecchimosi, ematomi, abrasioni/escoriazioni, soluzioni di continuo, ferite lacero-contuse, esiti di lesione, cicatrici, fratture e fratture pregresse, indicando se si tratta di lesioni focali o diffuse, indicandole anche nello schema corporeo sottostante e allegando foto. Indicare inoltre l'eventuale presenza di apparente liquido seminale, di altri imbrattamenti e/o di sanguinamenti, specificando le sedi.

· **ERITEMI**

Sì                      No

Sede	
Forma	
Dimensione	
Colore	
Foto	

· **ECCHIMOSI**

Sì                      No

Sede	
Forma	
Dimensione	
Colore	
Foto	

· **EMATOMI**

Sì                      No

Sede	
Forma	
Dimensione	
Colore	
Foto	

· **ABRASIONI/ESCORIAZIONI**

Sì                      No

Sede	
Forma	
Dimensione	
Colore	
Foto	

· **SOLUZIONI DI CONTINUO**

Sì                      No

Sede	
Forma	
Dimensione	
Colore	
Foto	

**FERITE LACERO-CONTUSE**

Sì

No

Sede	
Forma	
Dimensione	
Colore	
Foto	

**CICATRICI**

Sì

No

Sede	
Forma	
Dimensione	
Colore	
Foto	

**FRATTURE**

Sì

No

Sede	
Forma	
Dimensione	
Colore	
Foto	

**FRATTURE PREGRESSE**

Sì

No

Sede	
Forma	
Dimensione	
Colore	
Foto	

**Atteggiamento del minore durante la visita:**

Livello di collaborazione:     collaborante     poco collaborante     oppositivo

altro: \_\_\_\_\_

Atteggiamento:     timoroso     indifferente     distaccato     piange

compiacente     irrequieto     ansioso     non definibile

altro: \_\_\_\_\_

Difficoltà del professionista durante il colloquio: \_\_\_\_\_

**ABUSO SESSUALE**

**Sintesi anamnestica**

**SÌ**

**NO**

**TENTATO**

**NON CERTO**

Contatto/penetrazione genitale/vaginale				
Contatto/penetrazione anale				
Rapporto oro-genitale				
Rapporto oro-anale				
Rapporto ripetuto				
Manipolazione digitale				
Azioni non-genitali				
Si è verificata eiaculazione?				
Utilizzo contraccettivi o prodotti lubrificanti?				
È stata usata forza e/o minacce?				
È stata usata un'arma?				
Sono state effettuate fotografie e/o videoregistrazioni?				
Uso alcool o droghe?				
Spogliata/o				
Sequestro in ambiente chiuso				

**Sì**

**No**

Uso di preservativo		
Pulizia delle zone lesionate o penetrate		
Cambio degli slip		
Cambio di altri indumenti		
Minzione		
Evacuazione		
Pulizia del cavo orale		
Vomito		
Assunzione di farmaci		

**Sintomi/segni pertinenti**

**Sì**

**no**

Dolore addominale o pelvico		
Vomito		
Perdita di coscienza		
Disuria		
Fastidio o dolore genitale		
Secrezione genitale		
Fastidio o dolore rettale		
Sanguinamento rettale		
Tenesmo rettale		

## ESAME DELL'AREA ANALE

La valutazione clinica di un sospetto abuso sessuale deve sempre iniziare con una osservazione della regione anale e del tono sfinterico, cui seguirà l'osservazione degli organi genitali. Ciò permette di valutare correttamente il riflesso di dilatazione anale, che compare entro trenta secondi dalla separazione bimanuale dei glutei, in decubito laterale o genu-pettorale.

### ESAME ANALE:

**Posizione: supina; "frogleg"; genu-pettorale; prona; altro.**

**Specificare se è stato effettuato esame digitale:**  **si**  **no**

### ESAME SFINTERE ANALE:

- Riflesso immediato (< 30 secondi)
- Riflesso tardivo (> 30 secondi)
- Riflesso persistente (specificare i tempi) \_\_\_\_\_
- Congestione venosa
- Aspetto imbutiforme con visualizzazione del canale
- Presenza di rilasciamento e contrazioni spontanee
- Sanguinamento dell'orifizio
- Feci in ampolla
- Corpi estranei

### Riepilogo

si/no

Descrizione

Riepilogo	si/no	Descrizione
Fotografie		
Ripresa video		
Colposcopio		
Posizione adottata durante la visita		
Imbrattamento fecale		
Ispezione glutei		
Ispezione cute perianale		
Tono sfinterico (segnalare eventuali spasmi o lassità)		
Riflesso di dilatazione (evocabile alla cauta dilatazione laterale dei glutei)		

## ESAME GENITALI FEMMINILI

Ginecologo: Dott. \_\_\_\_\_

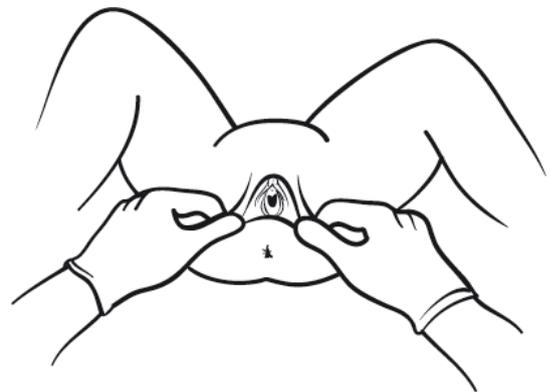
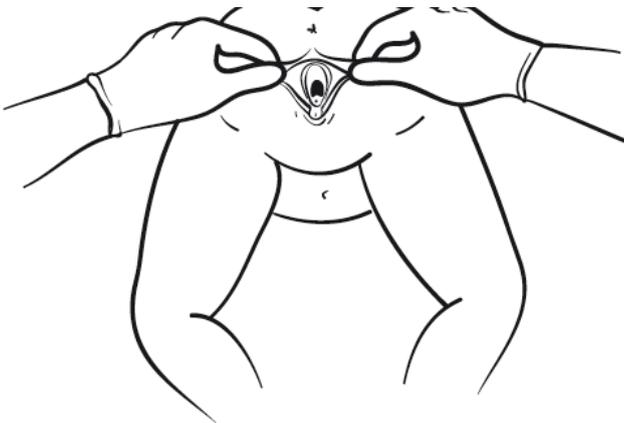
Ostetrica: \_\_\_\_\_

Rilievi superficie interna delle cosce, genitali esterni e perineo.

Posizione durante l'esame:

All'ispezione diretta:

Al colposcopio (se utilizzato):

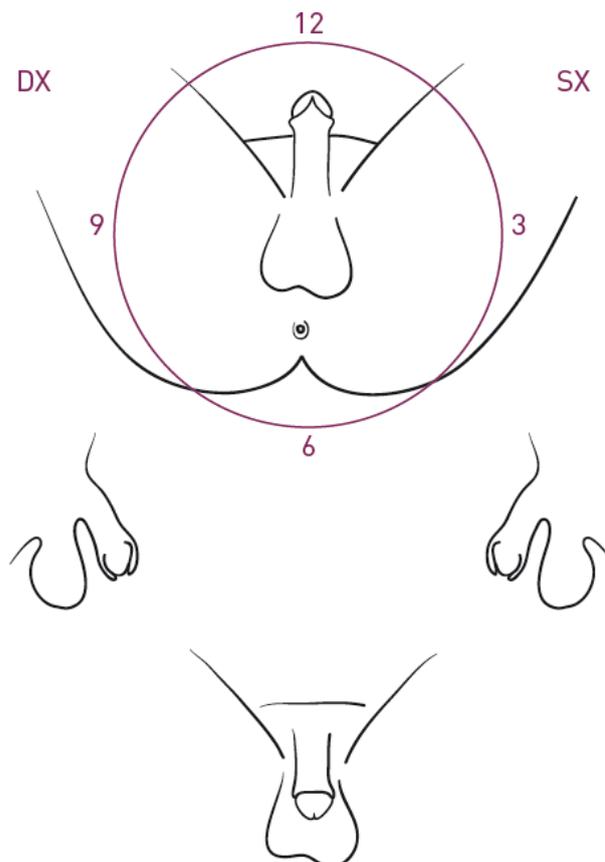


## ESAME GENITALI MASCHILI

Rilievi superficie interna delle cosce, genitali esterni e perineo.

Posizione durante l'esame:

All'ispezione diretta:



## ESAME REGIONE ANALE E RETTALE

Rilievi su natiche, cute perianale e orifizio anale:

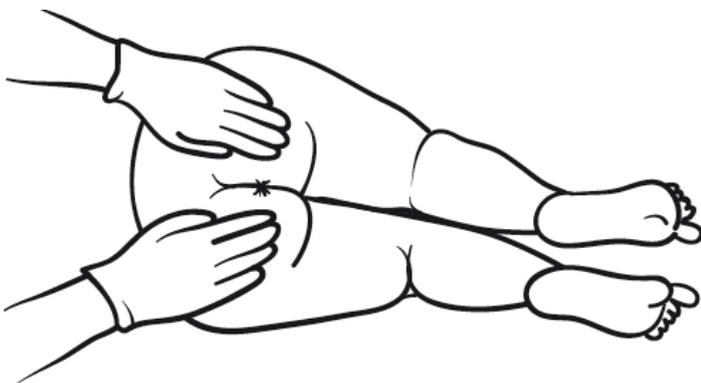
All'ispezione diretta (osservazione semplice o con trazione):

All'ispezione con paziente supino:

All'ispezione con paziente supine con ginocchia al petto:

All'ispezione con paziente prono genupettorale:

All'ispezione con paziente in decubito laterale:



**ESAMI TOSSICOLOGICI**

	SI	NO	ORA	RACCOLTO DA	RISULTATO
ESAMI TOSSICOLOGICI SU SANGUE					
ESAMI TOSSICOLOGICI SU URINE					

**EVENTUALI CAMPIONI DEL PAZIENTE**

	SI	NO	ORA	RACCOLTO DA
SANGUE				
TAMPONE FARINGEO				
TAMPONE PER SALIVA				
CAPELLI				
PELI PUBICI				
ALTRO				

**EVENTUALI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ESEGUITI**

ESAMI DI LABORATORIO	NORMALI	NON ESEGUITI	RISULTATI ALTERATI
EMOCROMO			
COAGULAZIONE			
TRANSAMINASI			
ESAMEURINE			
ALTRO			

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	NORMALE	NON ESEGUITI	RISULTATI ALTERATI
Rx			
CT			
MRI			
ALTRO			

ESAMI MICROBIOLOGICI	GERMI COMUNI	CLAMIDIA T.	TRICOMONAS VAGINALIS	GONOCOCCO	ALTRO	Eseguito da
Coltura da tampone ENDOCERVICALE						
Coltura da tampone VAGINALE						
Coltura da tampone RETTALE						

**SVDRL/TPHA**

**HIV**

**HBV e HCV**

**HSV**

<b>Sierologia per</b>				
-----------------------	--	--	--	--

	NON ESEGUITO (si/no)	RISULTATO
<b>Test di gravidanza</b>		

	SI	NO	EFFETTUATA DA	MOTIVO
<b>CONSULENZA INFETTIVOLOGICA</b>				
<b>PROFILASSI/ VACCINAZIONE HBV</b>				
<b>PROPOSTA PROFILASSI PER HIV</b>				
<b>CONSULENZA MEDICO-LEGALE</b>				
<b>CONSULENZA NEUROPEDIATRICA</b>				
<b>ALTRE CONSULENZE</b>				

**CATENA DI CUSTODIA DELLE PROVE**

	CONSEGNATO A	FIRMA	DATA
ABBIGLIAMENTO			
KIT DELLE PROVE			
CAMPIONI DI RIFERIMENTO			
CAMPIONI TOSSICOLOGICI			
MATERIALE FOTOGRAFICO			

**PERSONALE INTEVENUTO**

	NOME COGNOME	FIRMA
MEDICO ESAMINATORE		
INFERMIERE		
MEDICO GINECOLOGO		
OSTETRICA		
CAMPIONI ETICHETTATI E SIGILLATI DA		
CONTATTO TASKFORCE		
ASSISTENTE SOCIALE		
FORZE DELL'ORDINE		

**ESITO**

	<b>Invio a domicilio (si/no):</b>
	<b>Ricovero (motivazione):</b>
	<b>Collocamento in struttura di accoglienza:</b>
	<b>Contatto con servizio sociale del territorio:</b>
	<b>Custodia protettiva:</b>
	<b>Necessità di follow up (si/no):</b>
	<b>Appuntamento</b> _____
	<b>Specificare la motivazione:</b> _____

**CHECKLIST DA UTILIZZARE PRIMA DELLA DIMISSIONE DEL PAZIENTE**

	SI	NO
È stato raccolto il consenso		
Sono stati controllati I dati anagrafici ed è stata fatta fotocopia del documenti di identità		
Sono state descritte in maniera chiara, leggibile e dettagli a tale modalità di aggressione		
È stata eseguita la visita generale		
È stato eseguito l'esame obiettivo ginecologico		
Sono stati eseguiti prelievi ematici, batteriologici (verificare con cura le provette e l'etichettatura)		
Sono stati fatti I tamponi e i vetrini. È stato eseguito scraping subunguale, sono state repertate fibre, capelli, peli pubici e ricercate tracce del presunto aggressore presenti sulla vittima.		
Sono stati trattieneuti indumenti della vittima, posti in apposite buste di carta		
Sono state fotografate tracce e lesioni se presenti		
È stato effettuato il test di gravidanza		
È stata offerta contraccezione postcoitale		
Sono state eseguite tutte le consulenze utili		
È stato inoltrato referto all'Autorità Giudiziaria		
È stato dato appuntamento per follow-up		
È stata data indicazione di percorsi di supporto cui rivolgersi (Centro Antiviolenza/Servizi Sociali)		

#### **MATERIALE DA PRELEVARE ED ISTRUZIONI OPERATIVE**

- far spogliare la vittima su lenzuola pulite
- conservare gli indumenti esterni e quelli intimi (anche se si fosse cambiata)
- pesare i pannolini ed asciugarli all'aria
- fotografare gli indumenti
- se la vittima si è cambiata cercare di recuperare gli indumenti indossati al momento del fatto

#### **ESAME OBIETTIVO:**

- descrizione accurata delle sedi delle lesioni

**DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA** delle lesioni da effettuarsi prima della visita ginecologica (per la macchina fotografica vedi procedura)

#### **RACCOLTA MATERIALI E REPERTAZIONE MATERIALE BIOLOGICO NELLE SEDI ABUSATE**

- Tampone Genitali esterni grandi e piccole labbra
- Tampone Vaginale
- Tampone Anorettale
- Tampone Orale
- Tampone Unghie (effettuare uno scrubbing)
- Raccolta Peli e capelli prelevarli con pinzette sterili
- Raccolta garze e tamponi se utilizzate per detergere o tamponare eventuali ferite od emorragie

#### **Ogni campione va inserito in busta di carta che deve riportare:**

- Generalità della vittima
- Sede del prelievo

**Firma dell'Operatore** \_\_\_\_\_

**Firma del Rappresentante Forze dell'Ordine che ritira il campione** \_\_\_\_\_

**NB:** Se l'orifizio imenale non permette il passaggio del cottofioc, senza provocare dolore, i tamponi si possono effettuare a livello vulvare all'interno delle piccole labbra.