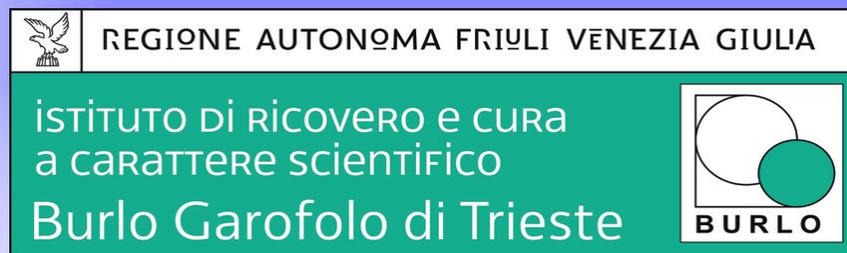


“Violenza sessuale e di genere: cosa vedere, come agire, quali obblighi”

**Esperienze e proposte operative nei Dipartimenti
di Emergenza e Pronto Soccorso degli Ospedali del FVG**

11 Dicembre 2017

Sala Oceania, Stazione Marittima - Trieste



G. Verardi

Accoglienza

APPROCCIO DISCRETO E SENSIBILE

AMBIENTE RISERVATO E PRIVACY

ASCOLTARE

NON GIUDICARE

RISPETTO DEI TEMPI

Personale coinvolto

Il medico deve avvalersi della collaborazione di un'ostetrica o di un altro operatore sanitario formato nella gestione delle vittime di violenza.

L'esame obiettivo generale in Pronto Soccorso (PS) è indicato soprattutto quando l'abuso è avvenuto di recente (entro le prime 36-72 ore) ma ovviamente alla persona possono essere forniti aiuto ed assistenza anche in momenti successivi.

Esame obiettivo

Ostetrica: provvede ad aprire il kit apposito



Indossa

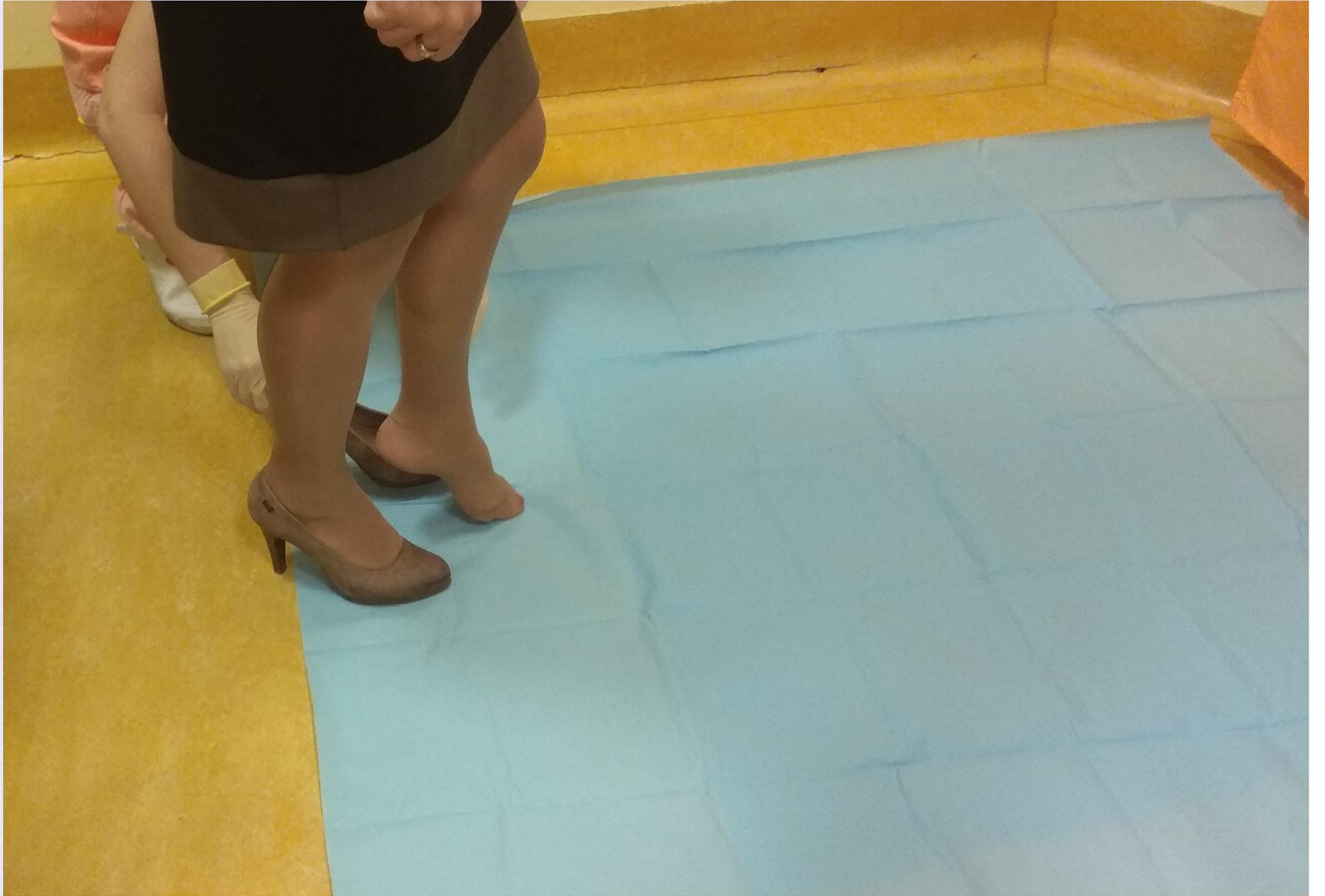


per non contaminare i reperti

































ANAMNESI GINECOLOGICA DELLA DONNA/DELLA MINORE (BARRARE SE IL MINORE È DI SESSO MASCHILE)

SE LA PAZIENTE È MINORENNE:

MENARCA: CARATTERISTICHE DEL CICLO:

PREGRESSE FLOGOSI VULVO/VAGINALI:

TRAUMI O CHIRURGIA GENITALE PREGRESSA:

SANGUINAMENTI GENITALI PREGRESSI:

SECREZIONI VAGINALI: PREGRESSE IN ATTO:

ATTIVITÀ SESSUALE: NO SÌ

USO DI CONTRACCETTIVI IN ATTO: NO SÌ, QUALI?

ESAME DE GLI INDUMENTI

INDUMENTI INDOSSATI (comprensivi di biancheria intima)

STATO DEGLI INDUMENTI: CAMBIATI NO SÌ PULITI NO SÌ SGUALCITI NO SÌ

BAGNATI NO SÌ ASCIUTTI NO SÌ IMBRATTATI NO SÌ

PRESENZA DI TAGLIE/O LACERAZIONI? NO SÌ

NATURA E SEDE DELLE EV. MACCHIE: SANGUE NO SÌ SPERMA NO SÌ VOMITO NO SÌ

ERBA NO SÌ POLVERE NO SÌ GRASSO NO SÌ

BITUME NO SÌ ESCREMENTI NO SÌ ALTRO NO SÌ

DESCRIVERNE SEDE, FORMA ED ESTENSIONE DI OGNI ALTERAZIONE UTILIZZANDO IL RIGHELLO IN DOTAZIONE:

PRESENZA DI CORPI ESTRANEI: PELI NO SÌ TERRA NO SÌ ERBA NO SÌ

ALTRO

MANCANZA DI BOTTONI: NO SÌ; SEDE E NUMERO

PRELIEVO INDUMENTI? NO SÌ, QUALI?

ALTRE NOTE UTILI

INDICARE OBBLIGATORIAMENTE IL NUMERO DI FOTO E SEGUITE (in lettere)

ESAME OBIETTIVO

ESAME OBIETTIVO GENERALE

PESO KG ALTEZZA CM BMI

EVENTUALI PROBLEMI NUTRIZIONALI DA SEGNALARE: NO SÌ

CAVITÀ ORALE

FRATTURE / TRAUMA CRANICO

LESIONI EXTRAGENITALI

COMPRESIONI ED IRRITAZIONI CUTANEE (numero, sede ed aspetto)

ECCHIMOSI (numero, sede, colore, lesioni da afferramento ai polsi)

ECCHIMOSI DA SUZIONE

ESAME OBIETTIVO GENERALE CONTINUA

ABRASIONI (numero, sede)

ESCORIAZIONI (numero, sede, profondità, lesioni di difesa alle mani/bocca)

LACERAZIONI (numero, sede, profondità, direzione)

MORSICATURE (numero, sede, caratteristiche)

UNGHIAURE, GRAFFIATURE

CICATRICI (numero, sede, caratteristiche)

ALTRO

IMBRATTAMENTI DI SPERMA: NO SI SANGUE NO SI ALTRO NO SI

numero, sede, caratteristiche

INDICARE OBBLIGATORIAMENTE IL NUMERO DI FOTO ESEGUITE (in lettere)

ESAME OBIETTIVO GINECOLOGICO (BARRARE SE IL MINORE È DI SESSO MASCHILE)

REGIONE VULVARE

GRANDI LABBRA

PICCOLE LABBRA

FORCHETTA

IMENE Ø transimemale max spessore colore

morfologia

ev. incisure e soluzioni di continuo

ESTROGENIZZAZIONE DELLA MUCOSA (nella minore)

PORTIO (nella donna)

PERINEO E REGIONE ANALE

GLUTEI

CUTE PERINEALE

FISSURAZIONI / RAGADI

TONO/DILATAZIONE DELLO SFINTERE (minori)

FECI NELL' AMPOLLA RETTALE

CONGESTIONE VENOSA, EMORROIDI

SEGNI FLOGISTICI

ESITI CICATRIZIALI

VAGINA

ISPEZIONE IN POSIZIONE GINECOLOGICA, GENUPETTORALE SUPINA

ISPEZIONE IN POSIZIONE GENUPETTORALE PRONA (nella minore)

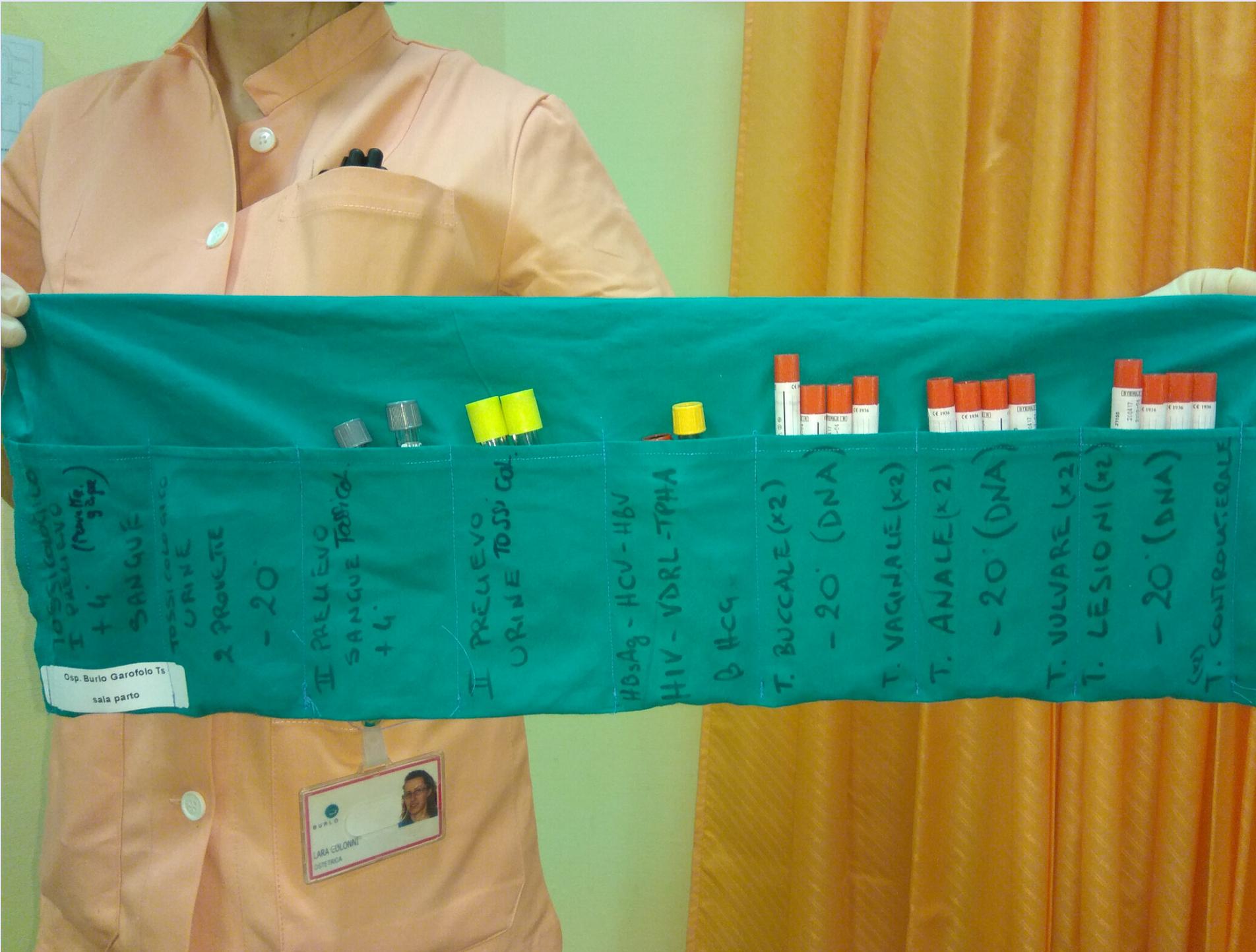
PRESENZA DI CORPI ESTRANEI IN VAGINA (nella minore)

VAGINOSCOPIA

PH VAGINALE <5,5 >5,5

FISH ODOR TEST





Osp. Burlo Garofolo Ts
sala parto

BURLO
LARA COLONNI
OSTETRICA

I TOSSICODIPENDENTI
I PRELEVATO
+ 4 (famiglia
gipsa)
SANGUE

TOSSI COLLE GIPSO
URINE
2 PROVETTE
- 20'

II PRELEVATO
SANGUE TOSSICODIPENDENTI
+ 4'

II PRELEVATO
URINE TOSSICODIPENDENTI

HBsAg - HCV - HBV

HIV - VDRL - TPMA

B HCG

T. BUCCALE (x2)

- 20' (DNA)

T. VAGINALE (x2)

T. ANALE (x2)

- 20' (DNA)

T. VULVARE (x2)

T. LESIONI (x2)

- 20' (DNA)

T. CONTROUTERINE

CAMPIONI ACQUISITI PER FINALITÀ MEDICO-LEGALI

PRELIEVI PER FINALITÀ IDENTIFICATIVE

TAMPONE A SECCO PER PRELIEVI BUCCALI (DOPPIO CAMPIONE)

TAMPONE A SECCO PER PRELIEVI VULVOVAGINALI (DOPPIO CAMPIONE)

TAMPONE A SECCO PER PRELIEVI ANALI (DOPPIO CAMPIONE)

ALTRI TAMPONI A SECCO PER PRELIEVI (sede)

ALTRI TAMPONI A SECCO PER PRELIEVI (sede)

PRELIEVO DI MATERIALE PRESENTE TRA PELI PUBICI

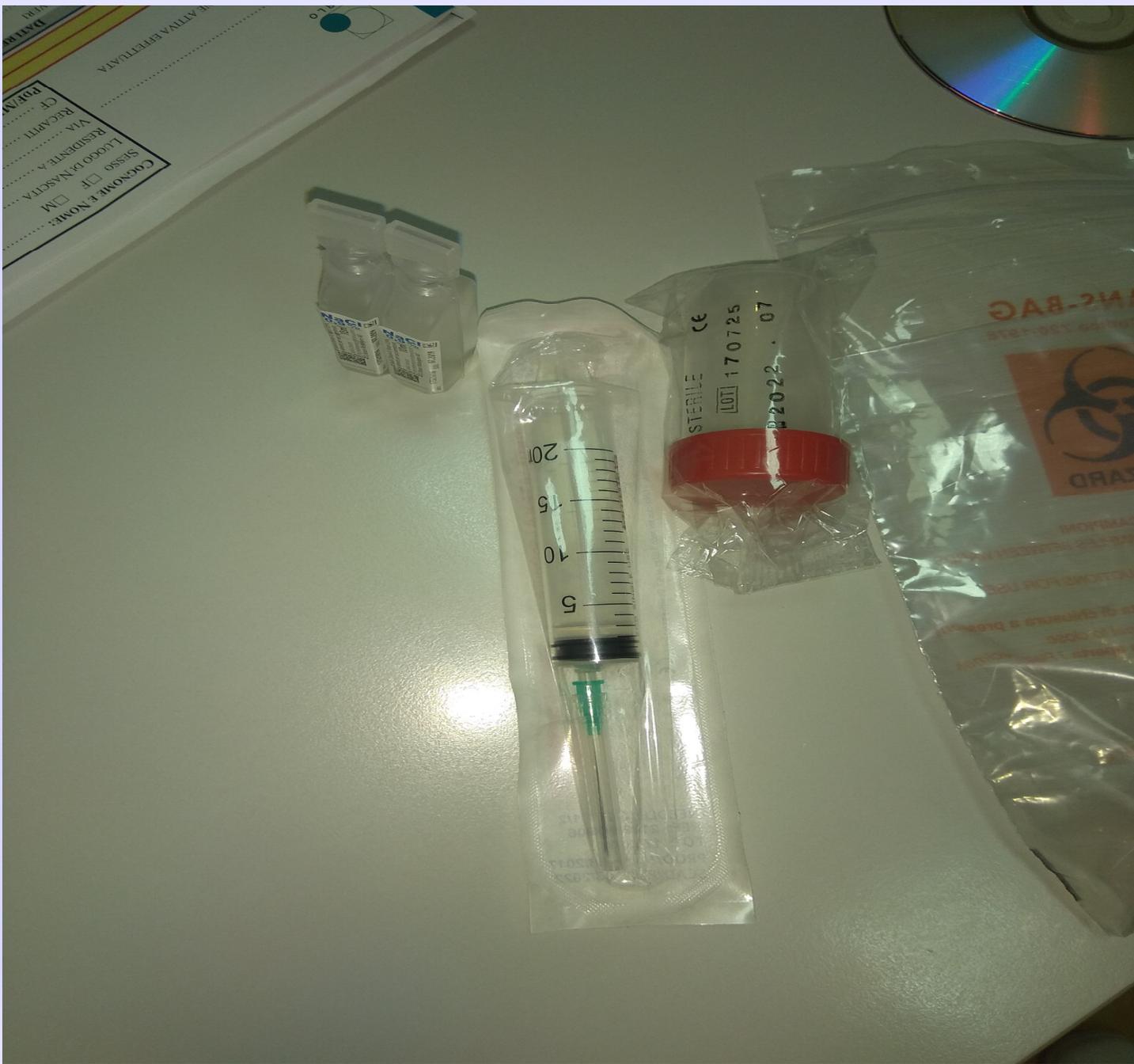
PRELIEVO SOTTOUNGUEALE MANO DX MANO SX

LAVAGGIO VAGINALE (DOPPIO CAMPIONE)

TAGLIO UNGHIE MANO DX MANO SX

ALTRO

**CONSERVARE IN CONGELATORE A DISPOSIZIONE
DELLE AUTORITA' GIUDIZIARIE**



PRELIEVI PER FINALITÀ TOSSICOLOGICHE

PRIMO PRELIEVO EMATICO

SECONDO PRELIEVO EMATICO (dopo 2 ore)

PRELIEVO URINA

SECONDO PRELIEVO URINA (dopo 2 ore)

ALTRO

PRELIEVI PER ESAMI SIERO-EMATICI

RICERCA DI ANTICORPI ANTI-HBV/HCV/HIV/HBSAG

ALTRO

PRELIEVI PER ESAMI SIERO-EMATICI E URINARI

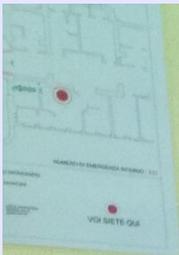
TPHA/VDRL

HCG BETA

HCG URINARIO

ALTRO

MULTISTICK URINE



GRAM
+ T. VAGINALE

BUCCALE
No. 100000 - CALABANG
FALHARONS - CALABANG
FREEZER T. DOU

T. UNICO

VAGINALE
Lampiran 5
TRICHOMONAS
CALABANG
FREEZER T. DOU

T. UNICO

AVALE
Lampiran 5 - TRICHOMONAS
CALABANG - T. DOU
FREEZER

T. UNICO

CEMCALE T. DOU
Lampiran 5 - TRICHOMONAS
CALABANG - T. DOU
FREEZER

T. UNICO

- VIBOCUT™
(IN FRIGO)

SE LESKONI

T. UNICO SOLO

CAMPIONI ACQUISITI PER MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA

RICERCA PER GONOCOCCO

TAMPONE VAGINALE (nella minore)

TAMPONE CERVICALE (nella donna adulta)

TAMPONE RETTALE

TAMPONE OROFARINGEO

RICERCA DI CHLAMYDIA TRACHOMATIS

TAMPONE VAGINALE (nella minore)

TAMPONE CERVICALE (nella donna adulta)

TAMPONE ANALE

RICERCA DI TRICHOMONAS

TAMPONE VAGINALE

RICERCA DI TREPONEMA PALLIDUM (solo in presenza di lesioni suggestive di infezione)

TAMPONE VULVARE

TAMPONE RETTALE

TAMPONE PERIORALE

TAMPONE ORALE

CAMPIONI ACQUISITI PER MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA

PRELIEVI VIROLOGICI

RICERCA DI *HERPES VIRUS* (solo in presenza di lesioni suggestive di infezione)

TAMPONE VAGINALE

TAMPONE VULVARE

TAMPONE RETTALE

TAMPONE PERIORALE

TAMPONE ORALE

RICERCA DI *PAPILLOMA VIRUS* (solo in presenza di lesioni suggestive di infezione)

TAMPONE VAGINALE

TAMPONE VULVARE

TAMPONE RETTALE

GONOCOCCO

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

TRICHOMONAS

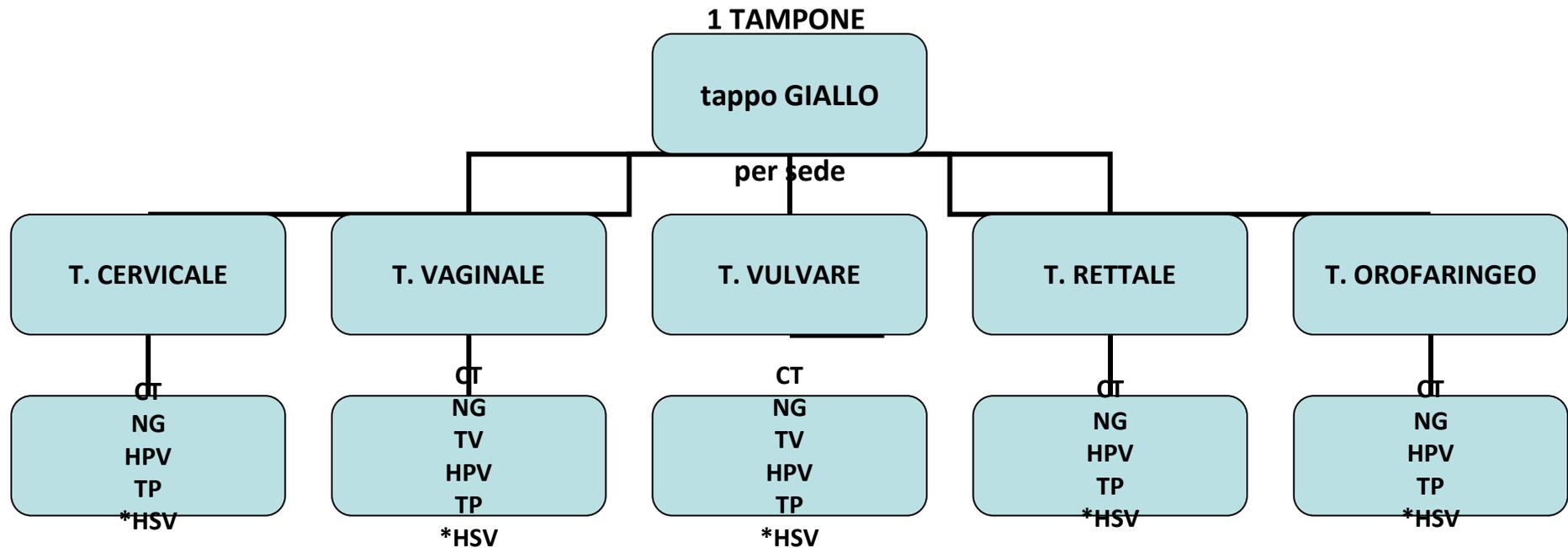
TREPONEMA PALLIDUM

HERPES VIRUS

PAPILLOMA VIRUS

UNICO TAMPONE PER OGNI SEDE





CT: Chalmydia Trachomatis

NG: Neisseria Gonorrhoeae

TV: Tricomonas Vaginalis

HPV: Human Papillomavirus

TP: Treponema Pallidum

***HSV:** Human Herpes Virus **in presenza di lesione**

I tamponi precedentemente descritti si effettuano utilizzando un unico tampone per ogni sede e si inviano direttamente in laboratorio.

Se effettuati in orario in cui il laboratorio è chiuso vanno conservati a +4°C per 24h o congelati a -20°C per tempi maggiori sino al momento dell'invio

**UNICA RICHIESTA
PER TUTTI
I TAMPONI**

**GRAZIE DR.SSA
COMAR**

ESAMI MICROBIOLOGICI

COGNOME E NOME	SESSO	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
DATA DI NASCITA	NAZIONALITA'			

RICHIEDENTE	P.S. PEDIATRICO	<input type="checkbox"/>	P.S. GINECOLOGICO	<input type="checkbox"/>
	CONSULTORIO	<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>

ESAMI MICROBIOLOGICI RICHIESTI

	T. VAGINALE	T. CERVICALE	T. RETTALE	T. OROFARINGEO
<i>C. trachomatis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>N. gonorrhoeae</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>T. vaginalis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>T. pallidum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSI	Vaginite	<input type="checkbox"/>		
	Cervicite	<input type="checkbox"/>		
	Asintomatico/a	<input type="checkbox"/>		
SINTOMATOLOGIA	Leucorrea	<input type="checkbox"/>	Algie pelviche	<input type="checkbox"/>
	Dispareunia	<input type="checkbox"/>	Disuria	<input type="checkbox"/>
	Bruciore	<input type="checkbox"/>	Spotting	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>	Lesione	<input type="checkbox"/>
CONTRACCEZIONE (ultimi 6 mesi)	Nessuno	<input type="checkbox"/>	Condom	<input type="checkbox"/>
	Contracc. orale	<input type="checkbox"/>	Diaframma	<input type="checkbox"/>
	IUD	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>
	Spermicida	<input type="checkbox"/>		
IN GRAVIDANZA	Sì	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

DATA RICHIESTA	MEDICO RICHIEDENTE
	FIRMA
	TIMBRO

*GRAZIE PER
L'ATTENZIONE*