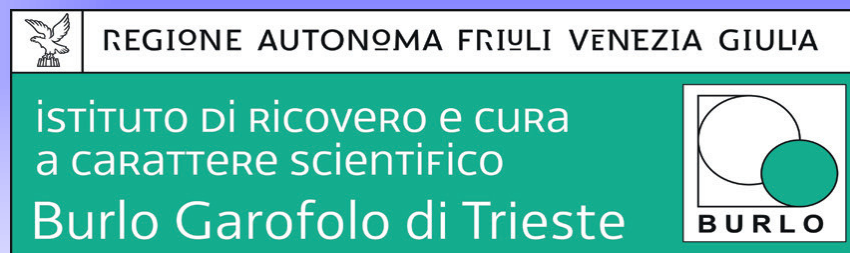


# ***“Violenza sessuale e di genere: cosa vedere, come agire, quali obblighi”***

**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.

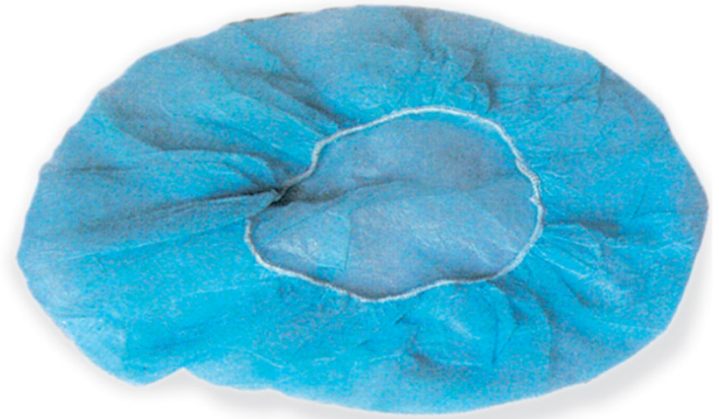


# Esame obiettivo

**Ostetrica: provvede ad aprire il kit apposito**



**Indossa**



**per non contaminare i reperti**









































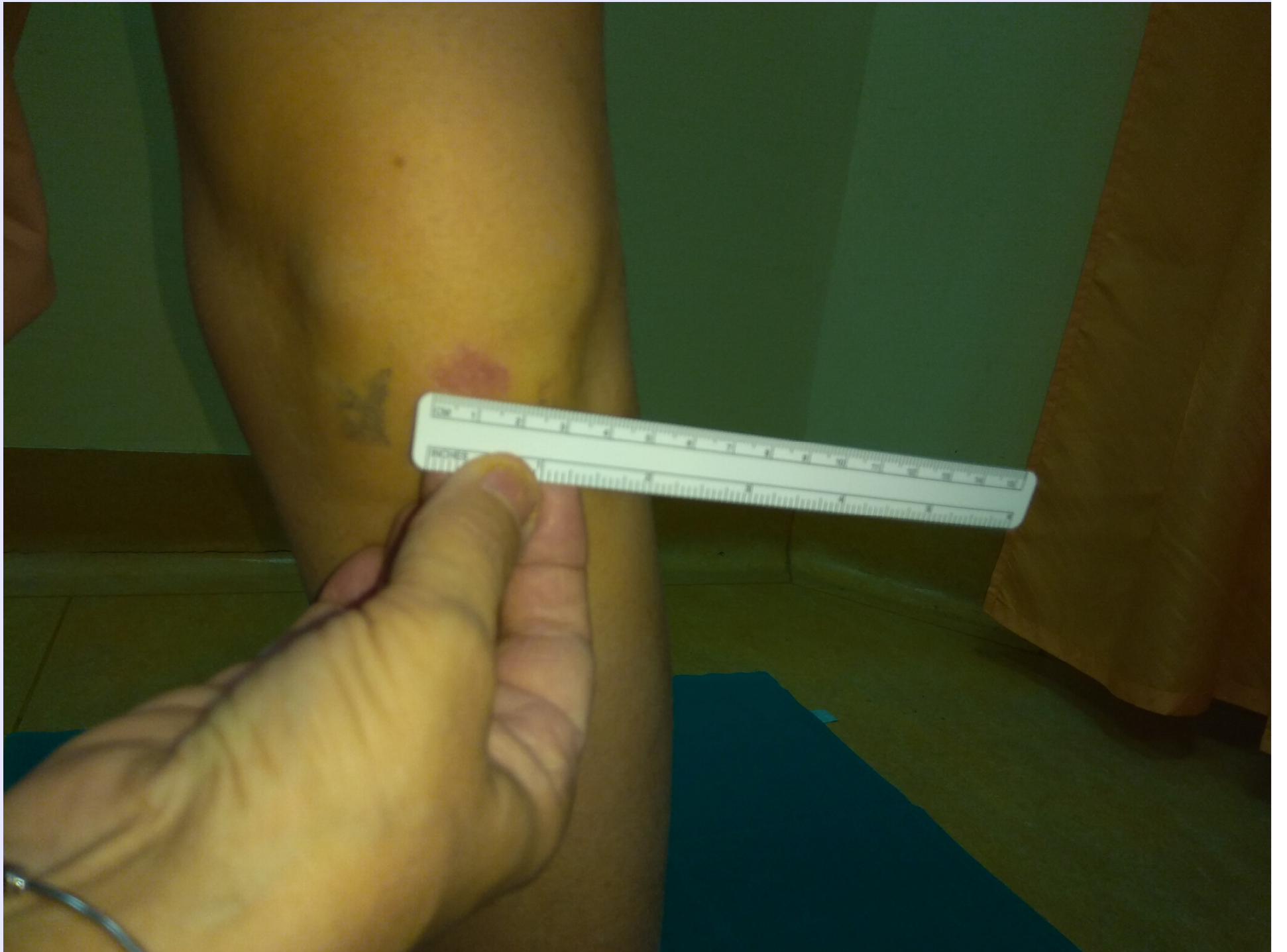




















## ANAMNESI GINECOLOGICA DELLA DONNA/DELLA MINORE (BARRARE SE IL MINORE È DI SESSO MASCHILE)

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 .....

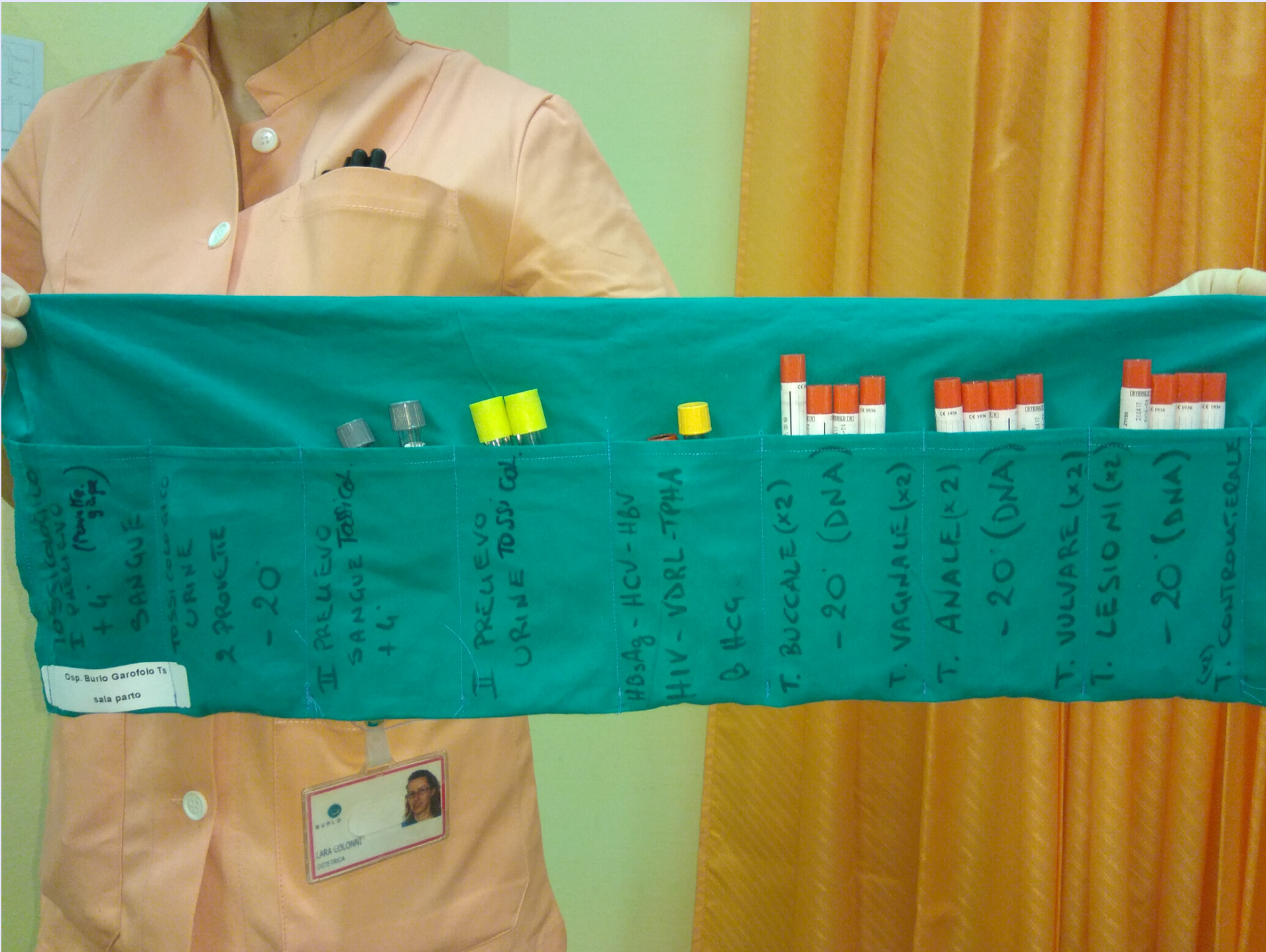
PH VAGINALE <5,5 >5,5 .....

FISH ODOR TEST .....









Osp. Burlo Garofolo Ts  
sala parto

BURLO  
LARA COLONNI  
OSTETRICA

I TOSSICODIPENDENTI  
I PRELEVATO  
+ 4 (famiglia  
gaper)  
SANGUE

TOSSI COLUCCI  
URINE  
2 PROCTIE  
- 20'

II PRELEVATO  
SANGUE  
+ 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

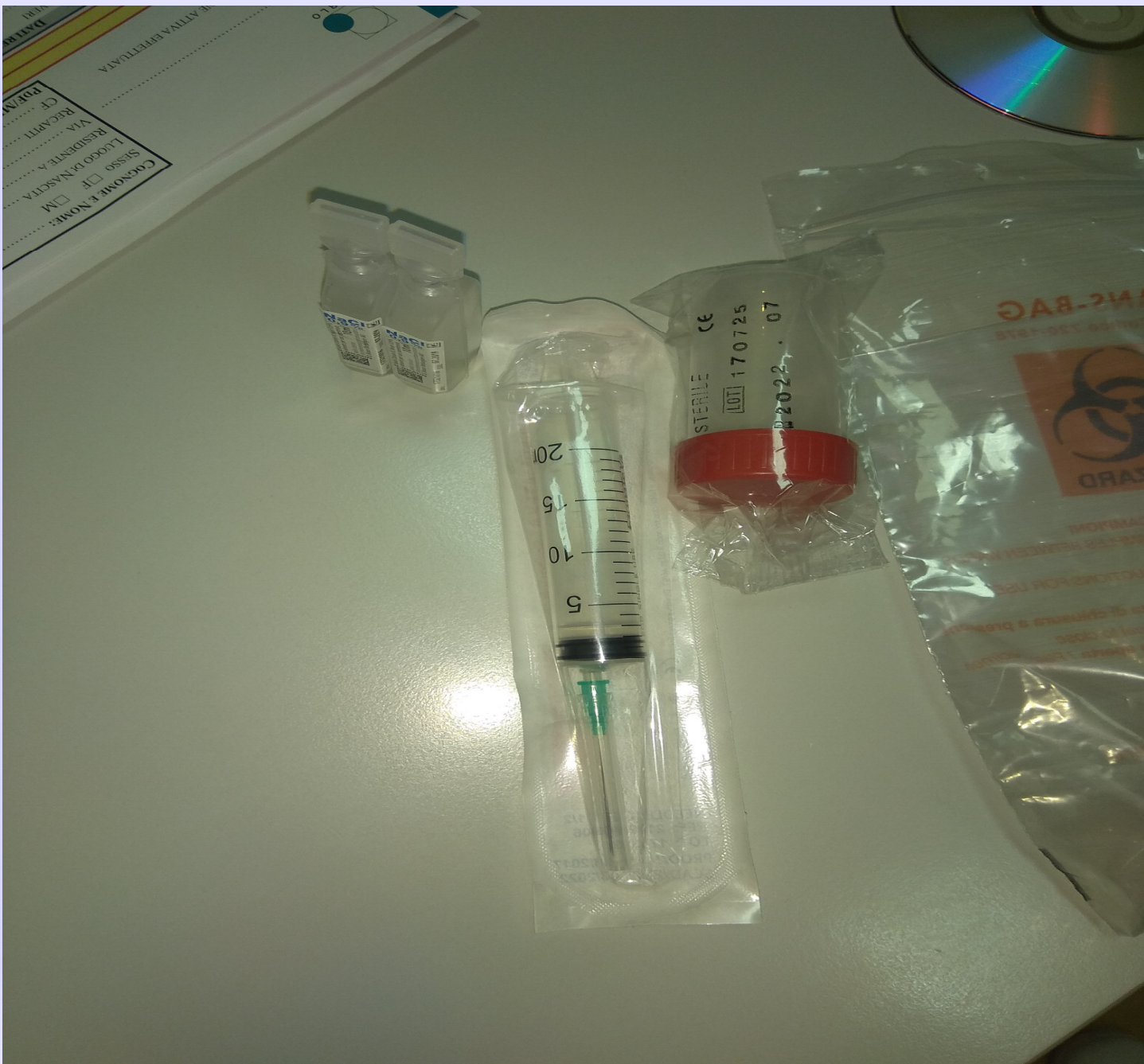
LAVAGGIO VAGINALE (DOPPIO CAMPIONE)

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**

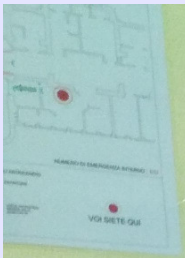
**HCG BETA**

**HCG URINARIO**

**ALTRO .....**

**MULTISTICK URINE**





GRAM  
+ T. VAGINALE

BUCCALE  
No. 100000 - CALABRIA  
FARMACIA T. POU  
FREEZER T. POU

T. UNICO

VAGINALE  
Lampio GARDIA  
TRICHLORAS  
CALABRIA  
FREEZER T. POU

T. UNICO

AVALE  
LONDRO - TRICHLORAS  
CALABRIA - T. POU  
FREEZER

T. UNICO

CEMCALE T. POU  
LONDRO - TRICHLORAS  
CALABRIA - T. POU  
FREEZER

T. UNICO

- VIBOCUT™  
(IN FRIGO)

SE LESIONI

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***

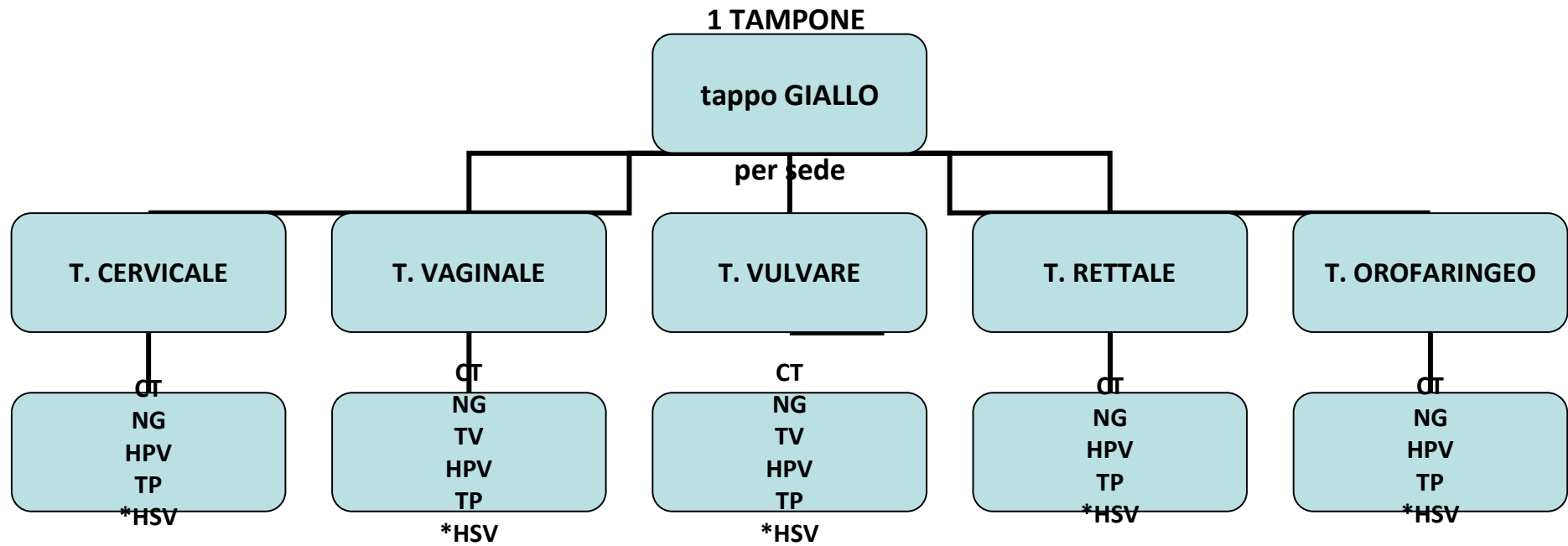
***TREPONEMA PALLIDUM***

***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*