

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Общая информация и анамнез может заполняться сестрой/акушеркой/консультантом. Врач утверждает своей подписью. Протокол используется вместе с коробкой для сбора доказательного материала, взятого у жертвы сексуального насилия.

Используемые в протоколе термины: пациент = жертва, виновник = совершивший насилие.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ**ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТЕ**

Фамилия _____ Имя _____

Личный код _____

Личность установлена да нет

паспорт водительские права ид-карточка другое, что _____

Телефон _____ Адрес э-почты _____

Имя и фамилия сопровождающего _____

отношение к жертве, телефон, э-почта _____

Пациент прибыл в сопровождении полиции да нет

Дата _____ и время _____ прибытия

ПЕРСОНАЛ

Место освидетельствования (учреждение, отделение) _____

Первичное контактное лицо/кризисный консультант (специальность, имя и фамилия) _____

Проводящий осмотр (специальность, имя и фамилия, код) _____

Ассистирующая сестра/акушерка _____

При освидетельствовании присутствовал ещё (специалист, имя и фамилия) _____

АНАМНЕЗ ПРОИЗОШЕДШЕГО

Попросите пациента¹ сначала описать произошедшее, затем задайте сами следующие вопросы. Объясните, что они нужны для того, чтобы освидетельствование и сбор доказательного материала были корректными.

¹ Если пациент не может сам описать произошедшее, то отметьте, кто описывает (например, сотрудник полиции, родитель, друг, партнёр)

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Дата начала произошедшего _____ время _____
Дата окончания произошедшего _____ время _____

Место, где случилось произошедшее:

- дома у жертвы дома у виновника в их общем жилище
 на улице в другом месте, где: не знает

Число виновников:

- один более одного не знает

Отношение виновника к жертве:

- незнакомый человек едва знакомый человек, познакомились тем же вечером
 друг/хорошо знакомый человек теперешний супруг/сожитель/партнёр по свиданиям
 сосед/соседка коллега
 член семьи/родственник бывший супруг/сожитель/партнёр по свиданиям
 не знает

Виновник употреблял алкоголь:

- да нет не знает

Уточните, пожалуйста (что, сколько?) _____

Виновник употреблял другие одурманивающие средства:

- да нет не знает

Уточните, пожалуйста (что, сколько?) _____

Жертва употребляла алкоголь:

- да нет не знает

Уточните, пожалуйста (что, сколько?) _____

Жертва употребляла алкоголь после произошедшего:

- да (уточните, пожалуйста, что, сколько?) _____ нет не знает

Жертва употребляла другие одурманивающие средства:

- да нет не знает

Уточните, пожалуйста (что, сколько?) _____

Оценка жертвой собственной интоксикации: _____

Были какие-то другие обстоятельства, которые могли повлиять на способность жертвы согласиться или отказаться (заболевание, физический или интеллектуальный недостаток, сон, бессознательное состояние):

- да (опишите) нет не знает

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Виновник использовал вербальное насилие и угрозы (например, запугивание; крик; ругань; унижение; угрозы – убить, нанести вред жертве, себе, члену семьи жертвы; порча вещей или т.п.):

да (опишите) нет не знает

Виновник использовал физическое насилие:

Нанесение ударов	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Удерживание	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Связывание	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Таскание за волосы	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Побои	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Укусы	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Толчки	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Удушение	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Демонстрация оружия	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Угрозы оружием	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Использование оружия	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Ограничение свободы	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Другое	<input type="checkbox"/> да	_____	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает

Сексуальное насилие:

Вагинальный сексуальный контакт:

пенис/влагалище	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> такая попытка	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
палец/влагалище	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> такая попытка	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
другой предмет/влагалище	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> такая попытка	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает

Анальный сексуальный контакт:

пенис/анус	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> такая попытка	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
палец/анус	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> такая попытка	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
другой предмет/анус	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> такая попытка	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает

Оральный сексуальный контакт:

пенис/рот	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> такая попытка	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
другой предмет/рот	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> такая попытка	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает

Принуждали к оральному сексу: да такая попытка нет не знает

Виновник лизал, целовал, кусал:

да, какую часть тела _____ нет не знает

Виновник трогал гениталии или другие части тела:

да, какую часть тела _____ нет не знает

Посягательство было неоднократным в рамках этого происшествия: да нет не знает

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

В каком положении была жертва во время сексуального насилия (опишите точно положение – например, лежала, стояла, сидела (на коленях), виновник был позади жертвы, виновник был на жертве, жертва была сверху, другое)?

Жертва была одета или без одежды (уточнить):

Виновник был одет или без одежды (уточнить):

Виновник эякулировал?

да, куда? _____ нет не знает

Виновник использовал презерватив?²

да нет не знает

Сохранилась одежда², на которую мог попасть биологический материал виновника (например, сперма)

да нет не знает

После произошедшего у пациента/пациент:

была рвота	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
мылась	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
принимала душ	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
принимала ванну	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
делала промывание влагалища	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
ела или пила	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
полоскала рот	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
чистила зубы	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
мочилась	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
испражнялась	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
переодевалась ²	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
переодевала трусы ²	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
использовала тампоны ²	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
использовала прокладки ²	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает

После произошедшего появились симптомы (сиплость голоса, боль при глотании, кровоточивость половых органов, истечение, зуд, язвы, боль, расстройство мочеиспускания, анальная кровоточивость и боль, боль в животе и т.п.):

Ранее подвергалась сексуальному насилию: да нет не знает

² Если эти предметы сохранились, то по возможности положить их в бумажный пакет, находящийся в коробке для сбора доказательного материала

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Данные о последнем консенсусном сексуальном контакте в течении предыдущих 10 дней
Когда он был (дата) _____ (и время) _____

вагинальный оральный анальный

Использование презерватива в последнем консенсусном сексуальном контакте:

да нет

СОГЛАСИЕ

Проинформируйте жертву о том, где и какую помощь она может получить в дальнейшем и возьмите у пациента письменное согласие на следующие действия (форма согласия распечатана или доступны в интернет-версии www.ens.ee и на странице www.estl.ee).

ПРОБЫ МОЧИ И КРОВИ**Токсикологические исследования (моча не позднее 5 дней и кровь не позднее 2 дней с произошедшего)**

По возможности брать всегда (в том числе, обязательно при подозрении на преднамеренное одурманивание).

Используемые для отбора токсикологических анализов пробирки для крови и сосуд для мочи находятся в коробке для сбора доказательного материала, инструкции приведены на стр.4 накладной этой коробки.

Выявление беременности

При необходимости определить HCG из пробы мочи или крови.

Диагностика из пробы крови заболеваний, передающихся половым путём

При необходимости определить ВИЧ, HbsAg, ТРНА из пробы крови.

ОСМОТР

Начало осмотра (дата) _____ (и время) _____

Оценка состояния

Состояние сознания: нормальное замутнённое без сознания

Одежда:

В порядке да нет _____
Разорвана да нет _____
Испачкана да нет _____
В пятнах да нет _____

Отсутствуют предметы одежды _____

Душевное состояние**Пациент по оценке осматривающего:**

откровенен, свободен/ откровенна, свободна да Другое (описать): _____
деловит(а) да _____
спокоен/спокойна да _____
замкнут(а) да _____

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

- апатичен/апатична да
- в отчаянии да
- раздражён/раздражена да
- беспокоен/беспокойна да
- плаксив(а) да
- агрессивен/агрессивна да
- вредит себе да

Объективное описание душевного состояния (например, избегает контакта глазами, тербит в руках салфетку, говорит прерывистым голосом и т.п.):

Телесные симптомы:

- озноб да
- холодный пот на теле да
- тошнота да
- рвота да
- боль в животе да
- понос да
- частая потребность в мочеиспускании да

Признаки интоксикации:

да нет

Если да, то уточните:

запах алкоголя в выдыхаемом воздухе да

нарушения координации да

невнятная речь да

атаксия да

зрачки (опишите; правый/левый)

Подозрение на алкогольную интоксикацию да нет

Подозрения на интоксикацию другими веществами: да нет

Примечания:

Рост (см) Вес (кг) Давление крови (мм Hg) Пульс (/мин) Температура тела (С)

Анамнез заболеваний

Острые и хронические заболевания у пациента (в том числе, расстройства свёртываемости крови, кожные заболевания); физический или интеллектуальный недостаток; операции; приём лекарств; расстройства душевного здоровья, например, депрессия)

Аллергия на лекарства: да, на какие _____ нет не знает

Пациент ранее вакцинирован от В-гепатита: да нет не знает

Необходима ревакцинация от столбняка: да нет

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Гинекологический анамнез

Ранее был вагинальный сексуальный контакт/были вагинальные сексуальные контакты	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Роды	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Пользовалась тампонами	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Ранее был гинекологический осмотр	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает
Беременность сейчас	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> не знает

Телесные повреждения и другие наблюдения

Если есть возможность собрать доказательные материалы, то, начиная отсюда, **используйте параллельно коробку для сбора доказательного материала** и, в соответствии с анамнезом, **возьмите анализы на заболевания, передающиеся половым путём**. Травмы и повреждения документировать сестрой/акушеркой параллельно с осмотром или врачом после осмотра.

Памятка:

- опишите телесные повреждения с помощью корректных названий; местонахождение в соответствии с анатомическими названиями частей тела; цвет, форма, размеры (сначала длина, затем ширина; диаметр),
- различайте при описании объективные повреждения (например, рана, кровоподтёк) и субъективные ощущения (например, болезненность),
- обозначьте повреждения на картах тела,
- по возможности сфотографируйте и запишите.

Голова (лицо, кожа головы, покрытая волосами) и шея

Опишите повреждения

- нет
- рана (какого типа)
- кровоподтёк
- отёк
- ссадина/царапина
- вырванные волосы
- боль при движении
- боль при пальпации
- другое

Уши, правое/левое (снаружи, за ушами)

- нет
- рана (какого типа)
- кровоподтёк
- другое

Глаза, правый/левый

- нет
- кровоподтёки/петехии на конъюнктиве
- другое

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Рот (слизистая, подъязычная уздечка, зубы)

- нет
- рана (какого типа)
- повреждения зубов
- отёк
- кровоподтёк на слизистой/петехии
- другое

- хламидия из глотки
- гонорея из глотки

Грудь, спина, живот

- нет
- рана (какого типа)
- кровоподтёк
- отёк
- ссадина/царапина
- боль при движении
- боль при пальпации
- другое

Руки, правая/левая (плечо, рука, кисть, ногти)

- нет
- рана (какого типа)
- кровоподтёк
- отёк
- ссадина/царапина
- боль при движении
- боль при пальпации
- другое

Ноги, правая/левая (бедро, голень, ступня, ягодицы)

- нет
- рана (какого типа)
- кровоподтёк
- отёк
- ссадина/царапина
- боль при движении
- боль при пальпации
- другое

ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ (женщина)

Внешние половые органы (вульва, клитор, большие и малые половые губы, отверстие уретры, преддверие влагалища, девственная плева)

- нет
- рана (какого типа)
- кровоподтёк

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

- отёк
- ссадина/царапина
- боль при пальпации
- другое

ВАЖНО! Смена перчаток да

Преддверие влагалища вымыто да

В качестве лубриканта используйте только воду!

Внутренние половые органы (влагалище, задний свод влагалища, шейка матки)

- нет
- рана (какого типа)
- отёк
- кровоподтёк
- кровоточивость
- другое

- хламидия из шейки матки
- гонорея из шейки матки
- трихомониаз из влагалища

Бимануальная пальпация (шейка матки, матка, придатки)

- нормальная
- чувствительность, боль
- другая патологическая находка

Анус и промежность

- нет
- рана (какого типа)
- шрам
- краснота
- кровоподтёк
- отёк
- ссадина/царапина
- боль при пальпации
- травма сфинктера
- кровоточивость в анальной области³
- другое

- хламидия из ректума
- гонорея из ректума

Тонус ануса нормальный ненормальный

Запачкан калом да нет

Дигитальная пальпация да нет

Проктоскопия⁴ да нет

³ Оцените необходимость проктоскопии

⁴ При необходимости и при возможности

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Половые органы (мужчина)

Внешние половые органы (волосы на лобке, пенис, крайняя плоть, уздечка крайней плоти, головка пениса, отверстие уретры, мошонка)

- нет
- рана (какого типа)
- кровоподтёк
- отёк
- ссадина/царапина
- боль при пальпации
- другое

- хламидия из уретры
- гонорея из уретры
- трихомониаз из уретры

Анус и промежность

- нет
- рана (какого типа)
- шрам
- краснота
- кровоподтёк
- отёк
- ссадина/царапина
- боль при пальпации
- травма сфинктера
- кровоточивость в анальной области⁵
- другое

- хламидия из ректума
- гонорея из ректума

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Тонус ануса | <input type="checkbox"/> нормальный | <input type="checkbox"/> ненормальный |
| Запачкан калом | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| Дигитальная пальпация | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

- _____
- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Проктоскопия ⁶ | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
- _____

Для дополнительного описания повреждений

⁵ Оцените необходимость проктоскопии

⁶ При необходимости и возможности

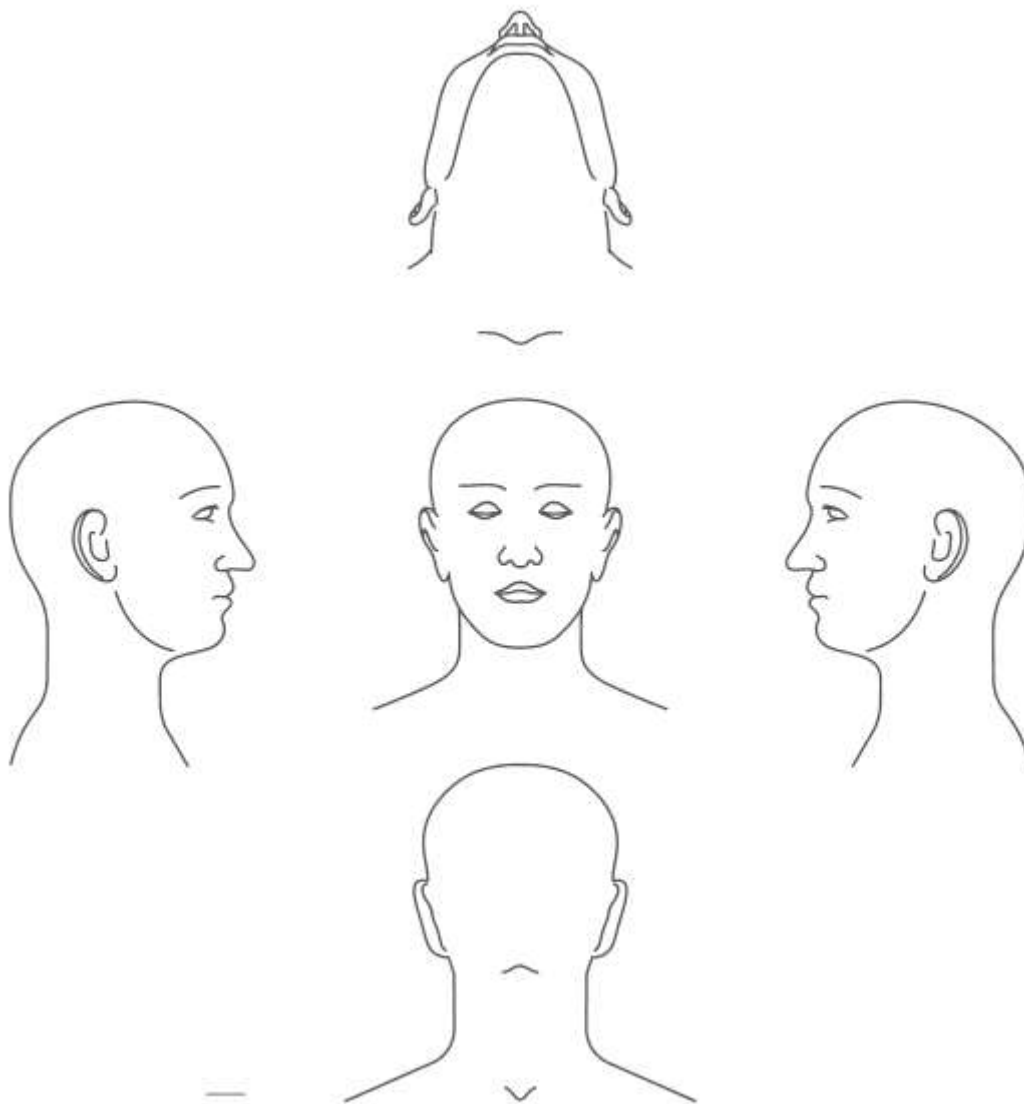
Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Обозначьте повреждения на картах тела:

полностью закрашенные области – *кровоподтёки*,
заштрихованные области – *ссадины*,
линии – *царапины*,
добавьте словесное описание и размеры



Имя и фамилия пациента:

Дата:

Имя и фамилия проводившего осмотр:

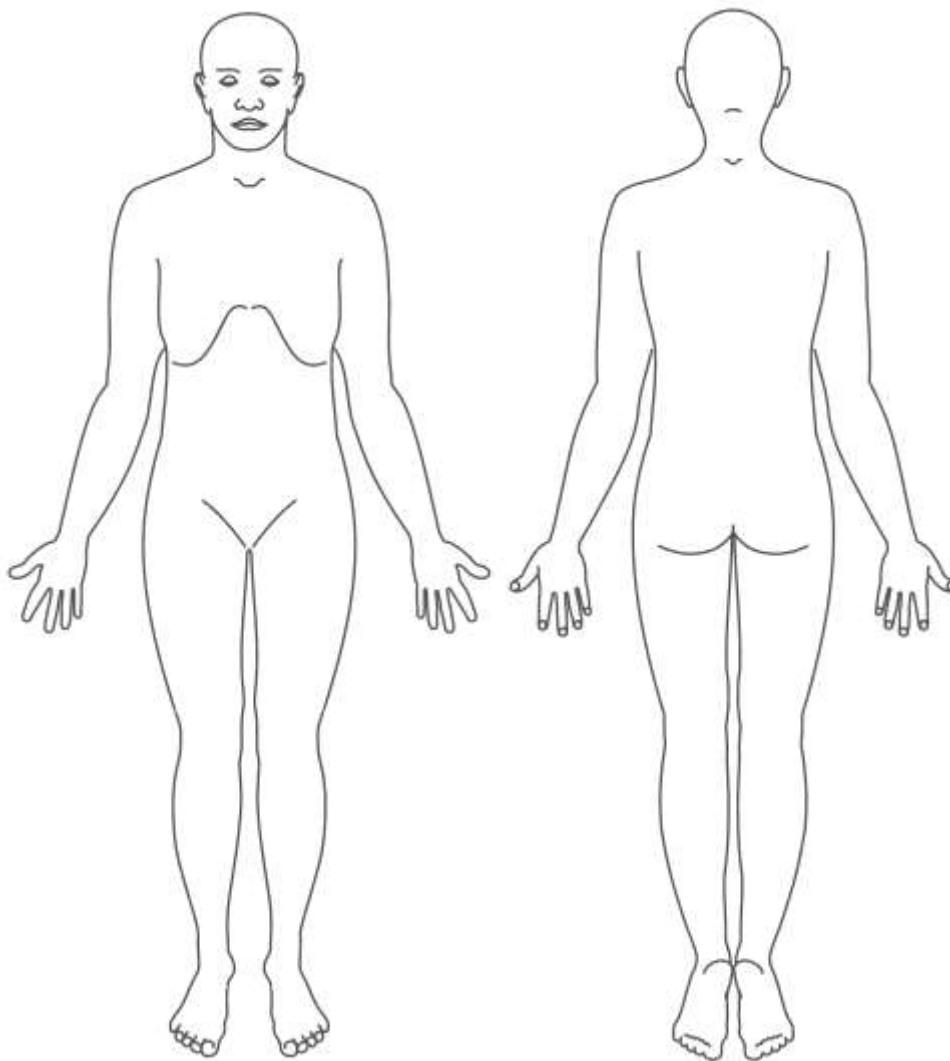
Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Обозначьте повреждения на картах тела:

полностью закрашенные области – *кровоподтёки*,
заштрихованные области – *ссадины*,
линии – *царапины*,
добавьте словесное описание и размеры



Имя и фамилия пациента:

Дата:

Имя и фамилия проводившего осмотр:

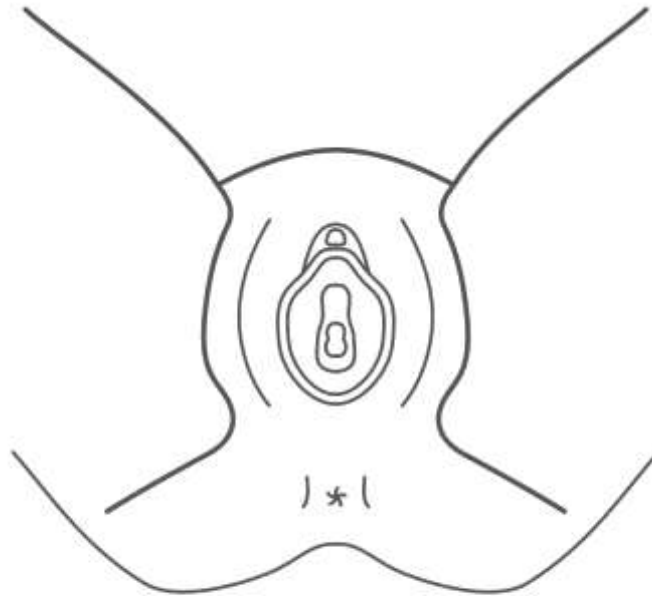
Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

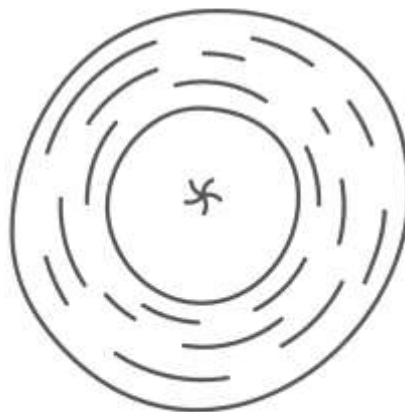
Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Обозначьте повреждения на картах тела:

полностью закрашенные области – *кровоподтёки*,
заштрихованные области – *ссадины*,
линии – *царапины*,
добавьте словесное описание и размеры



Vulva ja lahkliha



Tupp ja emakakael

Имя и фамилия пациента:

Дата:

Имя и фамилия проводившего осмотр:

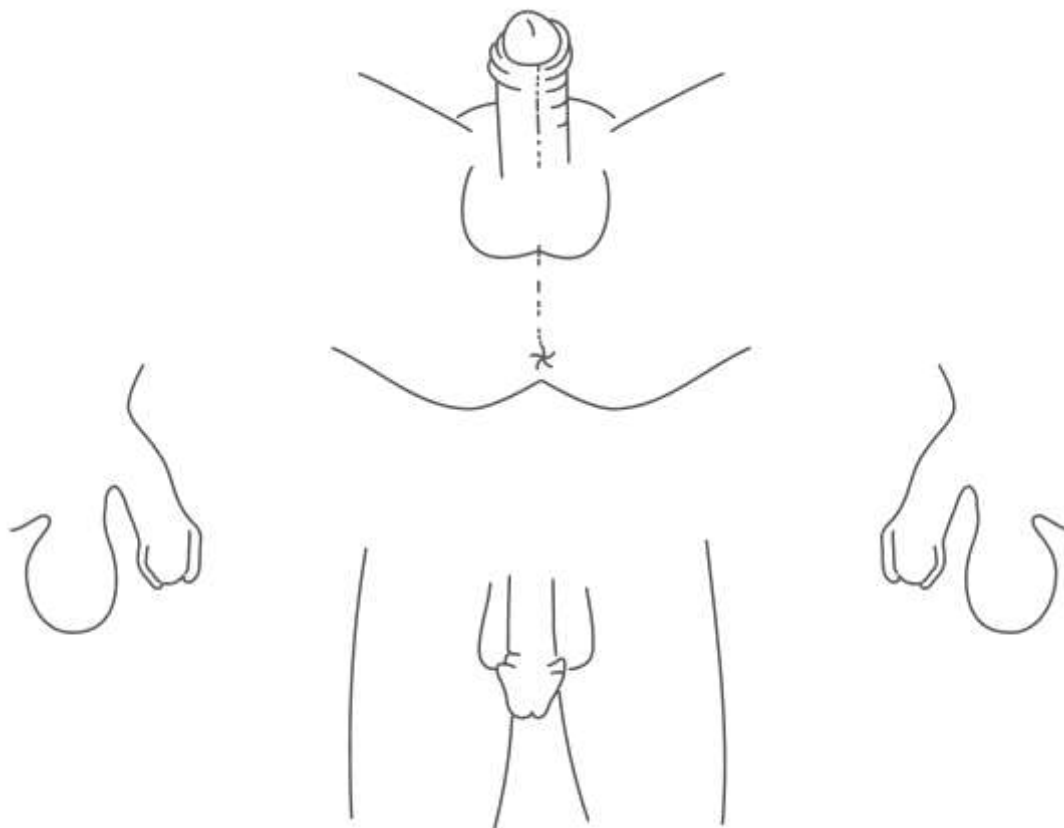
Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Обозначьте повреждения на картах тела:

полностью закрашенные области – *кровоподтёки*,
заштрихованные области – *ссадины*,
линии – *царапины*,
добавьте словесное описание и размеры



Имя и фамилия пациента:

Дата:

Имя и фамилия проводившего осмотр:

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

ЛЕЧЕНИЕ**Посткоитальная контрацепция**

Дата последней менструации _____

Пациент пользуется каким-нибудь методом контрацепции? да (каким) _____ нет

Сколько часов прошло с последнего незащищённого сексуального контакта? _____

Посткоитальная контрацепция: нужна не нужна

SOS-пили :

проконсультирована
(купит самостоятельно)

выданы +
проконсультирована

Установка ВМС:

проконсультирована
 установлено

Комментарии (ход установки,
профилактическое лечение):

Заболевания, передающиеся половым путём

NB! Если осмотр невозможен, взвесить возможность самотестирования из влагалища или мочи

Хламидиоз	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Гонорея	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Трихомониаз	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Сифилис	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
В-гепатит	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
ВИЧ	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да

Откуда взята проба (глотка, влагалище,
уретра, ректум, анус, моча)

Сыворотка крови

Сыворотка крови

Сыворотка крови

Профилактическое лечение: нет да, проведено да, назначено

Решение о профилактическом лечении от ЗППП (Azithromycini 1g per os u Methronidazoli 2g per os) следует принимать индивидуально, учитывая эпидемиологическую ситуацию, факторы риска, увеличивающие возможность заражения и предпочтения жертвы.

Пациент проконсультирован о:

симптомах ЗППП	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
желательности использовании презерватива в течение 3 месяцев после произошедшего	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
необходимости повторных анализов на ЗППП (~ через 3 недели, если не проведено профилактическое лечение)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Профилактическое лечение ВИЧ после сексуального контакта (ВИЧ-PEP)

Пожалуйста, оцените необходимость ВИЧ-PEP лечения с помощью рисунка, приведённого на следующей странице.

Вывод: профилактическое лечение ВИЧ после сексуального контакта

не показано может рассматриваться показано

В следующих случаях проконсультируйтесь о возможности ВИЧ-PEP с врачом-инфекционистом: если вес пациента <40 кг, постоянно принимает лекарства от хронического заболевания (например, лекарства от сердечной аритмии, туберкулёза, грибка ногтей).

Продолжайте, если ВИЧ-PEP показано

Пациент желает начать профилактическое лечение ВИЧ после сексуального контакта?

да нет

Проконсультируйте пациента о:

- принципах профилактического лечения
- возможных рисках и побочных явлениях
- приёме лекарств и длительности лечения
- важности точного приёма лекарств

Дайте контакт врача-инфекциониста на тот случай, если пациент поменяет своё решение

Выдан стартовый пакет ВИЧ-PEP⁷

да

Выдан ВИЧ-PEP инфолисток⁸

да

Согласовано время следующего визита на ВИЧ-PEP-лечение, оно отмечено на инфолистке пациента (где и к кому, выдать cito! направление)

да

Вакцинация от В-гепатита после сексуального контакта

Пациент вакцинирован от В-гепатита? (получил не менее 3 доз) да нет/ неизвестно

Презерватив использовался? да нет

С момента произошедшего прошло <6 недель? да нет

Известно, что у виновника есть В-гепатит? да нет/ неизвестно

Если есть основания предполагать, что виновник принадлежит к группе риска (колющий наркоман, MSM⁹) или произошедшее было высоко рискованным (например, сперма виновника контактировала с раной жертвы) + не был использован презерватив + пациент не вакцинирован: направьте пациента для определения показаний для вакцинации cito! на приём инфекциониста

Вывод:

Вакцинация от В-гепатита:

- не показана показана
- пациент направлен на приём инфекциониста

⁷ Если есть возможность, выдать пациенту стартовый пакет; в ином случае выдать cito! направление к врачу-инфекционисту

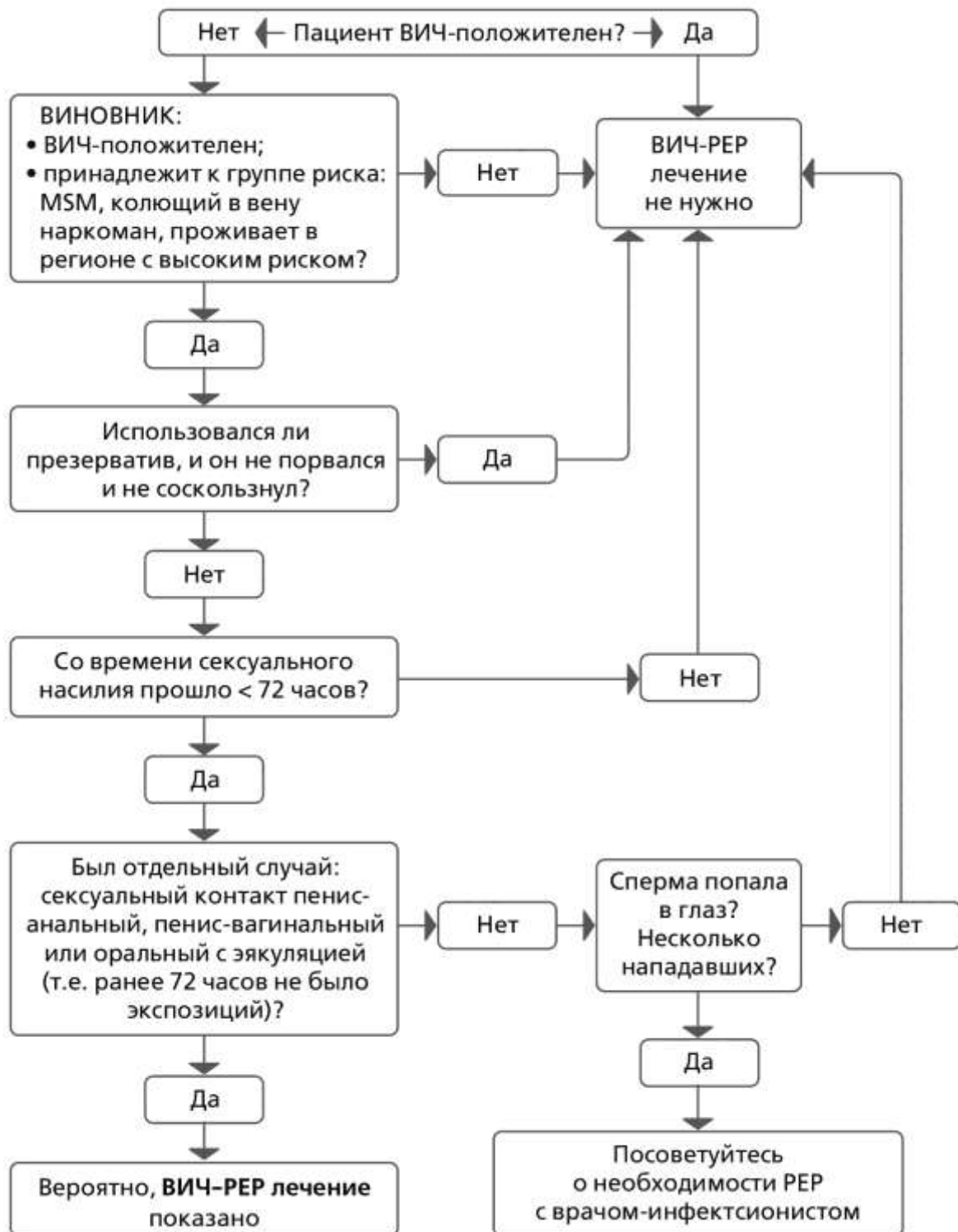
⁸ Если существует

⁹ MSM = мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:



Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

ДРУГАЯ ПОМОЩЬ**Душевное здоровье**

В настоящий момент есть основания предполагать, что пациент может причинить себе вред?

да нет

Дальнейшие действия (направление, консультация, рекомендации пациенту):

Приют

Есть необходимость в безопасном размещении (приют)?

да нет

Дальнейшие действия (направление, консультация, рекомендации пациенту):

Полиция

Исходя из произошедшего, учреждению здравоохранения следует сообщить о случившемся полиции?

да нет

Дальнейшие действия (оповещение полиции, рекомендации/объяснения пациенту – что будет делать и спрашивать полиция):

Пациент собирается обратиться в полицию?

да нет не знает

Дальнейшие действия (направление, консультация, рекомендации пациенту):

Защита детей

Контакт с сотрудником по защите детей необходим (например, дети пациента без присмотра и ухода; пациент сам нуждается в помощи учреждения по защите детей)

да нет

Дальнейшие действия (направление, консультация, рекомендации пациенту):

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

ВАЖНО! Пациент согласен с передачей его контактных данных оказывающим последующее лечение для активного приглашения на последующее лечение

да нет

Даны рекомендации, куда пациент может сам обратиться для последующего лечения (куда, когда):

да нет

Даны рекомендации, где можно получить результаты анализов на ЗППП:

учреждение здравоохранения другое (кому, когда позвонить/прийти на приём)

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

Уход из учреждения здравоохранения

Пациент уходит в чьём-то сопровождении (чьём) да _____ нет

Пациент осознаёт, что доказательный материал будет уничтожен через 6 месяцев? да нет

Выдан инфолисток для жертвы сексуального насилия (NB! заполните памятку пациента!) да нет

Выдан инфолисток для близких жертвы сексуального насилия да нет

ИТОГИ ДЕЙСТВИЙ

Собран анамнез о произошедшем	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Взяты кровь и моча для токсикологии	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
	<input type="checkbox"/> передано полиции	
	<input type="checkbox"/> хранится в учреждении здравоохранения -18 С	
Проведён общий осмотр	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Проведён осмотр половых органов	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Собран судебно-медицинский доказательный материал	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
	<input type="checkbox"/> передано полиции	
	<input type="checkbox"/> хранится в учреждении здравоохранения	
Повреждения задокументированы	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Повреждения сфотографированы	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

Освидетельствование провёл (имя, фамилия, должность) _____

Дата _____

Протокол жертвы сексуального насилия

Заполняется медицинским работником или судебным медиком. Копия передаётся при необходимости в полицию. **Хранится отдельно** от коробки для сбора доказательного материала.

Имя, фамилия
пациента/штрих-код:

КОДЫ ДИАГНОЗОВ В СЛУЧАЕ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ (RHK-10)

Z04.4 Läbivaatus ja jälgimine pärast väidetavat vägistamist ja võrgutamist

ja

T74.2 Seksuaalkuritarvitus (lad *Abusio sexualis*)

- Y07.0 Abikaasa või partneri poolt
- Y07.1 Vanema poolt
- Y07.2 Tuttava või sõbra poolt
- Y07.3 Ametiisikute poolt
- Y07.8 Muude täpsustatud isikute poolt
- Y07.9 Täpsustamata isiku poolt

Y05: Seksuaalrünne kehalise vägivallaga (k.a pederastia, vägistamine ja vägistamiskatse)

- Y05.0 Kodu
- Y05.1 Elamisasutus
- Y05.2 Kool, muu asutus ja avalik administratiivpiirkond
- Y05.3 Spordi- ja kehakultuuriväljakud [asutused]
- Y05.4 Tänav ja [maan]tee
- Y05.5 Kaubandus- ja teeninduspiirkond
- Y05.6 Tööstus- ja ehituspiirkond
- Y05.7 Talumajapidamine
- Y05.8 Muud ja täpsustatud kohad
- Y05.9 Täpsustamata paik

Näiteks:

Seksuaalkuritarvitus tuttava poolt T74.2 Y07.2

Seksuaalrünne kehalise vägivallaga tänaval Y05.4

Võimalikud lisadiagnoosid

Vigastused (alamjaotised S30–31)

Vaimse tervise häired F43

Mujal klassifitseerimata sümptomid ja tunnused R11.0 (iiveldus ja oksendamine), R45.1 (rahus ja ärevus), R45.7 (täpsustamata emotsionaalse šoki ja stressi seisund) jt.