 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>SCHEDA ANAMNESTICA Percorso Rosa</p>	<p>Rev.0.0</p> <p>21/04/2021</p> <p>Pagina 1 di 3</p>
---	--	---

STORIA DELL'AGGRESSIONE

NOME e COGNOME _____ data di nascita _____

• Data, ora e luogo dell'aggressione

• Numero degli aggressori, conosciuti o no, eventuali notizie sull'aggressore (per es. razza, tatuaggi, ecc.)

• Presenza di testimoni SI NO NON SO

• Minacce con o senza percosse-lesioni fisiche (specificare) SI NO NON SO

• Furto, presenza di armi, ingestione di alcolici o altre sostanze SI NO NON SO

• Perdita di coscienza SI NO NON SO

• Sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo SI NO NON SO

• Se la vittima è stata spogliata integralmente o parzialmente SI NO NON SO


• Se c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta SI NO NON SO

• Se c'è stata penetrazione con oggetti (specificare) SI NO NON SO

• Manipolazioni digitali (specificare) SI NO NON SO

• Se è stato usato un preservativo SI NO NON SO

• Presenza di schiuma contraccettiva o spermicida (specificare) SI NO NON SO

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p align="center">Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p align="center">SCHEDA ANAMNESTICA Percorso Rosa</p>	<p align="right">Rev.0.0 21/04/2021 Pagina 2 di 3</p>
---	--	---

• Lubrificanti (specificare) SI NO NON SO

• Mestruazioni - Tampone – Assorbente (specificare) SI NO NON SO

• Gravidanza (specificare) SI NO NON SO

• Eiaculazione vaginale e/o anale e/o orale e/o altro (specificare) SI NO NON SO

• L'aggressore si è ferito durante la violenza? (specificare) SI NO NON SO

ANAMNESI PROSSIMA

• Allergie SI NO NON SO

• Assunzione di farmaci (specificare) SI NO NON SO

• Gravidanza SI NO NON SO

• Ciclo Mestruale (specificare data U.M., durata, ecc.) SI NO NON SO

• Contraccettivi utilizzati in passato o in corso SI NO NON SO

• Interventi ginecologici/urologici SI NO NON SO

• Precedenti visite presso altre operatori o strutture sanitarie SI NO NON SO


• Pulizia delle zone lesionate o penetrate SI NO NON SO

• Cambio degli slip o di altri indumenti SI NO NON SO

• minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale
(secondo le diverse modalità della violenza) SI NO NON SO

• Previo consenso della vittima vanno segnalati i rapporti sessuali intercorsi prima o dopo l'aggressione (per una eventuale successiva tipizzazione del DNA dell'aggressore). SI NO NON SO

ALLEGATO 2 – Percorso per la gestione intraospedaliera delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento
“codice rosa”

	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>SCHEDA ANAMNESTICA</p> <p>Percorso Rosa</p>	<p>Rev.0.0</p> <p>21/04/2021</p> <p>Pagina 3 di 3</p>
---	---	---

Se la risposta è positiva ed è trascorsa meno di una settimana, informare la vittima della possibilità che in un secondo momento potranno essere richiesti campioni biologici del suddetto individuo.

SINTOMATOLOGIA

Sintomi fisici (cefalea, dolore al volto, al collo, al torace, all'addome o agli arti, algie pelviche, disturbi genitali o perianali, disuria, dolore alla defecazione, tenesmo rettale o altro).

Sintomi psichici (paura, sentimenti di impotenza e di orrore, distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, persistente rivissuto dell'evento attraverso immagini, pensieri, sogni, flash-back, sintomi di ansia e aumentato stato di allerta, come ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, risposte di allarme esagerate, pianto, tristezza, paura di conseguenze future o altro)

DATA e ORA _____

TIMBRO E FIRMA DEL SANITARIO _____