



CARTELLA CLINICA GUIDATA IN CASO DI VIOLENZA

Scheda sanitaria CSO. 118 n _____

Data _____ Ora di arrivo dal paziente _____

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di Nascita _____

Nazionalità _____

Ha sporto querela NO SI presso _____

Il/la paziente viene informata che la presente documentazione allegata al Codice Rosa resta custodita con la scheda sanitaria di bordo

COSA E' ACCADUTO DAL MOMENTO DEI FATTI ALLA VISITA ATTUALE

Tempo trascorso dalla violenza _____

Si è già rivolta ad altre strutture sanitarie e/o medico NO SI

Se si quali? Dove? Quando? _____

**CIRCOSTANZE E MODALITÀ DEL FATTO**

Data, ora e luogo evento _____

Accompagnata da _____

Numero aggressori _____

Notizie sull'aggressore _____

Rapporti sessuali**Prima dell'aggressione** SI NO**Dopo l'aggressione** SI NO**Presenza di testimoni** SI NO**Lesioni fisiche** SI NO**Minacce verbali** SI NO**Furto** SI NO**Presenza di armi** SI NO**Ingestione di alcol (alitosi** SI**alcolica)** NO**Assunzione di altre sostanze** SI

Specificare _____

 NO**Perdita di coscienza** SI NO



CARTELLA CLINICA GUIDATA IN CASO DI VIOLENZA

Cartella clinica guidata compilata da:

Medico in servizio presso la postazione di: _____

Altri componenti equipaggio: _____

Infermiere _____

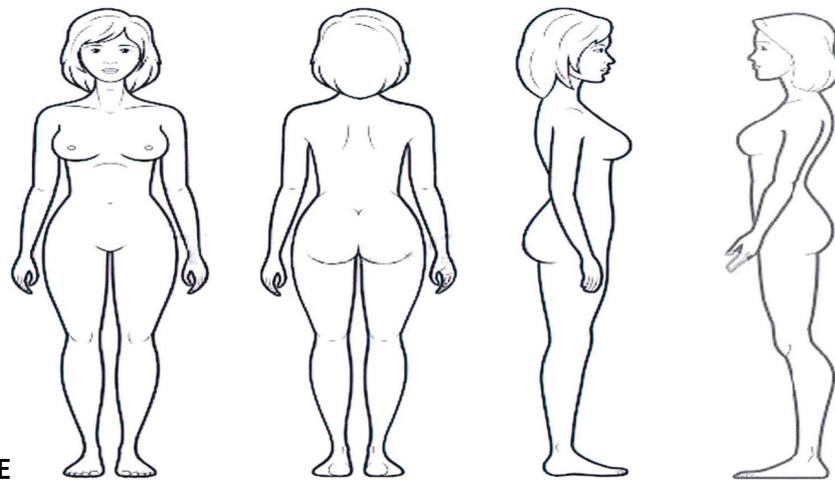
Autista soccorritore _____

Autista soccorritore _____

LUOGO E DATA

FIRMA

CARTELLA CLINICA GUIDATA IN CASO DI VIOLENZA

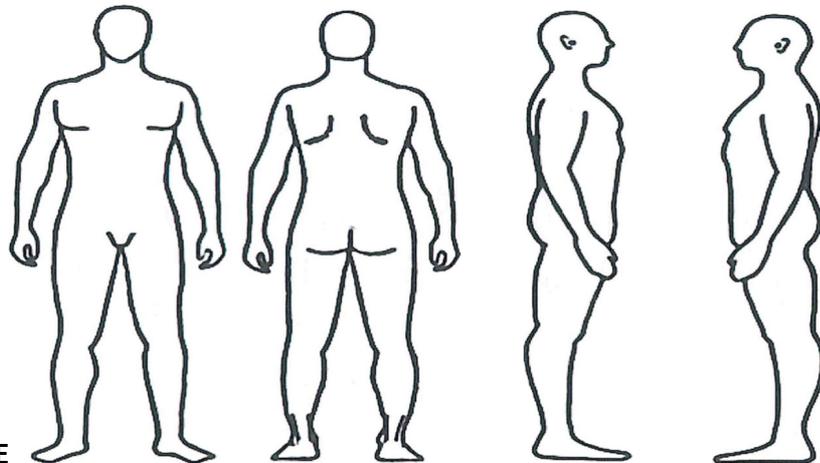


ESAME OBIETTIVO GENERALE

<u>LESIONE</u>	<u>SEDE</u>	<u>DESCRIZIONE</u>
Arrossamento		
Escoriazione		
Soluzione di continuo superficiale		
Soluzione di continuo profonda		
Area ecchimotica		
Sanguinamento		
Altro		

FIRMA medico compilatore

CARTELLA CLINICA GUIDATA IN CASO DI VIOLENZA



ESAME OBIETTIVO GENERALE

<u>LESIONE</u>	<u>SEDE</u>	<u>DESCRIZIONE</u>
Arrossamento		
Escoriazione		
Soluzione di continuo superficiale		
Soluzione di continuo profonda		
Area ecchimotica		
Sanguinamento		
Altro		

FIRMA medico compilatore

ESAME OBIETTIVO GENERALE

<u>LESIONE</u>	<u>SEDE</u>	<u>DESCRIZIONE</u>
Arrossamento		
Escoriazione		
Soluzione di continuo superficiale		
Soluzione di continuo profonda		
Area ecchimotica		
Sanguinamento		
Altro		

FIRMA medico compilatore
