

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO FORENSE ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E OUTRAS

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

* Ver detalhamento no prontuário ou ficha de notificação de violência evitando a revitimização

Data do Atendimento: ____/____/____ Hora do Atendimento: ____:____

Número Identificador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome completo _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ anos Sexo: Masculino () Feminino ()

Raça/Cor (autodeclarada): branca () preta () amarela () parda () indígena () ignorado ()

Orientação sexual (autodeclarada): Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Não se aplica ()

Identidade de Gênero: _____ Não se aplica ()

Pessoa com deficiência ou transtorno? Não () Sim () Especifique: _____

Município de Residência: _____ Telefone () _____

Representante Legal (apenas para ocorrências com crianças, adolescentes ou incapazes)

Vínculo: _____

Nome: _____ Telefone () _____

2. DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA

Data da Ocorrência: ____/____/____ Hora da Ocorrência: ____:____

Município da Ocorrência: _____ UF: _____

Local da Ocorrência: _____

2.1 Violência de Repetição? Não () Sim () Se sim, início há ____ anos ____ meses

Houve ameaças? Não () Sim () Especifique: _____

Houve violência física? Não () Sim () Qual o Tipo de Agressão? Informar tipo de agressão, uso de arma ou meio utilizado pelo agressor: _____

2.2 Relata ter sofrido violência sexual? Não () Sim () Ignorado ()

Se houve penetração, qual tipo? vaginal () anal () oral () digital () Outra () _____

Houve ejaculação? Não () Sim () Não sabe ()

Local do corpo (especificar): _____

O agressor usou preservativo? Não () Sim () Não sabe () usou lubrificante? Não () Sim () Não sabe ()

Houve contato do agressor com alguma parte do corpo que não os órgãos genitais? Não () Sim ()

Local do corpo: seios () Nádegas () Coxas () Pescoço () Outros () Especificar: _____

2.3 Após a agressão e antes deste exame:

Tomou Banho? Não () Sim () Fez uso de ducha vaginal? Não () Sim ()

Trocou de roupa? Não () Sim () Trouxe a roupa ou objeto? Não () Sim ()

Qual? _____

Utilizou () ou foi forçada(o) () a utilizar na últimas 24 horas algum tipo de:

() álcool, que tipo de bebida? _____

() drogas, lembra qual substância? _____

() medicamento que acha que possa afetar o comportamento, consciência ou sono. Qual (is)? _____

Durante a violência estava: Consciente () Inconsciente () Sonolenta ()

2.4 Relação com a pessoa que cometeu a violência:

Desconhecido () Nº de envolvidos () 1 () 2 ou mais

Conhecido do ciclo de relacionamento: Não () Sim () _____

Conhecido, mas não do ciclo de relacionamento: Não () Sim () _____

2.5 Descrição da ocorrência: pela vítima () por outros () Especificar: _____

É importante que o registro da fala da pessoa que sofreu violência seja anotado de forma completa e textual, com todos os dados referidos, em especial se ela recorda o que aconteceu antes, durante e depois da violência, tendo cuidado para não prejudicar, interpretar ou substituir palavras:

Aparência Geral

Condição de roupa: (Descrever se observou) sem danos () danificada () suja () vítima trocou de roupa () vítima nua ()

Comportamento vítima: calma () agitada () chorosa () outros (descrever)

3. HISTÓRIA GINECOLÓGICA PREGRESSA – EXCLUSIVO PARA CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL OU SUSPEITO

Menarca: Não () Sim () _____ anos Data da última menstruação: ____/____/____

Nunca manteve relações sexuais antes da violência sexual ()

Gestante Não () Sim () Período Gestacional: _____

Usa algum método contraceptivo? Não () Sim () Qual: _____

Teve relação sexual consentida (marido, noivo, namorado, amigo, outro) em data próxima da violência sexual? Não () Sim ()

Data da última relação sexual consentida: ____/____/____ Hora: ____:____ Usou preservativo: Sim () Não ()

4. EXAME FÍSICO

Anotar achados do exame físico geral, sinais vitais, situação vacinal. Descrever com detalhes as lesões encontradas (tipo, aspecto, tamanho, localização, etc). Utilizar o mapa de lesões (anexo).

Peso: ____Kg Pressão arterial: ____mmHg Pulso: ____ Temp.: ____°C

Estado clínico geral:

Situação vacinal: Tétano () não () sim Hepatite B () não () sim

Lesões na cabeça e pescoço: Não () Sim () _____

Lesões na mama D () mama E () _____

Lesões no tórax e abdome Não () Sim () _____

Lesões em membros superiores Não () Sim () _____

Lesões em membros inferiores: Não () Sim () _____

Lesões genitais ou extragenitais: Não () Sim () _____

Trauma físico: Verificar a existência de resultados positivos, tais como: arranhões, hematomas, mordidas, lacerações, escoriação, petéquias, equimose, tumefação, rubefação, queimadura, lesão perfuro-cortante ou fraturas: cabeça () face () peito/tórax () costas () abdômen () glúteo () braços () pernas () Outros/quais: _____

sem trauma físico observado ()

Trauma ginecológico: Verificar a existência de resultados positivos, tais como: Contusões, escoriações, lacerações, inchaço.

Fonte de luz ultravioleta para trauma físico utilizado? sim () não ()

Achados: vulva () hímen () cavidade vaginal () períneo () colo do útero ()

Sinais de traumatismo anal /retal Sim () Não () Descrever _____

Descreva resultados positivos: (física e ginecológica)

Registrar outros achados do exame físico:

5. EXAMES SOLICITADOS

Hemograma () Transaminases () Anti-HIV () HBsAg () Anti-HCV () VDRL ou RPR ()

Conteúdo Vaginal: bacterioscopia () cultura () biologia molecular () não se aplica ()

Investigação endocervical para gonococo () clamídia () HPV () não se aplica ()

Rx () Partes do corpo _____ Ultrassom () Partes do corpo _____

Tomografia Computadorizada () Partes do corpo _____ Outros exames () _____

6. FÁRMACOS/ IMUNOBIOLÓGICOS ADMINISTRADOS

Contraceção de emergência Não () Sim () não se aplica ()

Profilaxia HIV Não () Sim () não se aplica ()

Imunoprofilaxia Hepatite B Não () Sim () não se aplica ()

Profilaxia do Tétano: Não () Sim () não se aplica ()

Profilaxia IST Não () Sim () não se aplica ()

Detalhar outros: _____

7. COLETA DE MATERIAL/VESTÍGIOS

Coleta de material/vestígios de interesse pericial: Não () Sim () não se aplica ()

Swab vaginal: Não () Sim () não se aplica ()

Swab anal: Não () Sim () não se aplica ()

Swab oral: Não () Sim () não se aplica ()

Swab outros locais. Não () Sim () Especificar: _____

Exame toxicológico no sangue (álcool, droga, outros) Sim () Não ()

Urina coletada? Sim () Não () Toxicologia na urina Sim () Não ()

Outros materiais coletados: Não () Sim () Especificar: _____

8. ATENDIMENTOS REALIZADOS EM OUTROS SERVIÇOS

*Quando registrado/ocorrido

Registrou Boletim de Ocorrência? Não () Sim () Data: ____/____/____ Hora: ____:____

BO nº _____

Caso não fez o BO, deseja realizar o registro? Não () Sim ()

Realizado atendimento no IML? Não () Sim () Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Comunicação ao Conselho tutelar: Não () Sim () Não se aplica ()

Comunicação ao Conselho do Idoso / Ministério Público / Defensoria Pública / Delegacia: Não () Sim () Não se aplica ()

Oferecimento proteção/abrigo: Não () Sim () Não se aplica () Especifique: _____

Atendimento em outro serviço: Não () Sim () Especifique: _____

9. ANAMNESE E PARECER DO ENFERMEIRO FORENSE

9.1 Diagnóstico de Enfermagem

10. ENCAMINHAMENTOS, CONDUTAS E OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

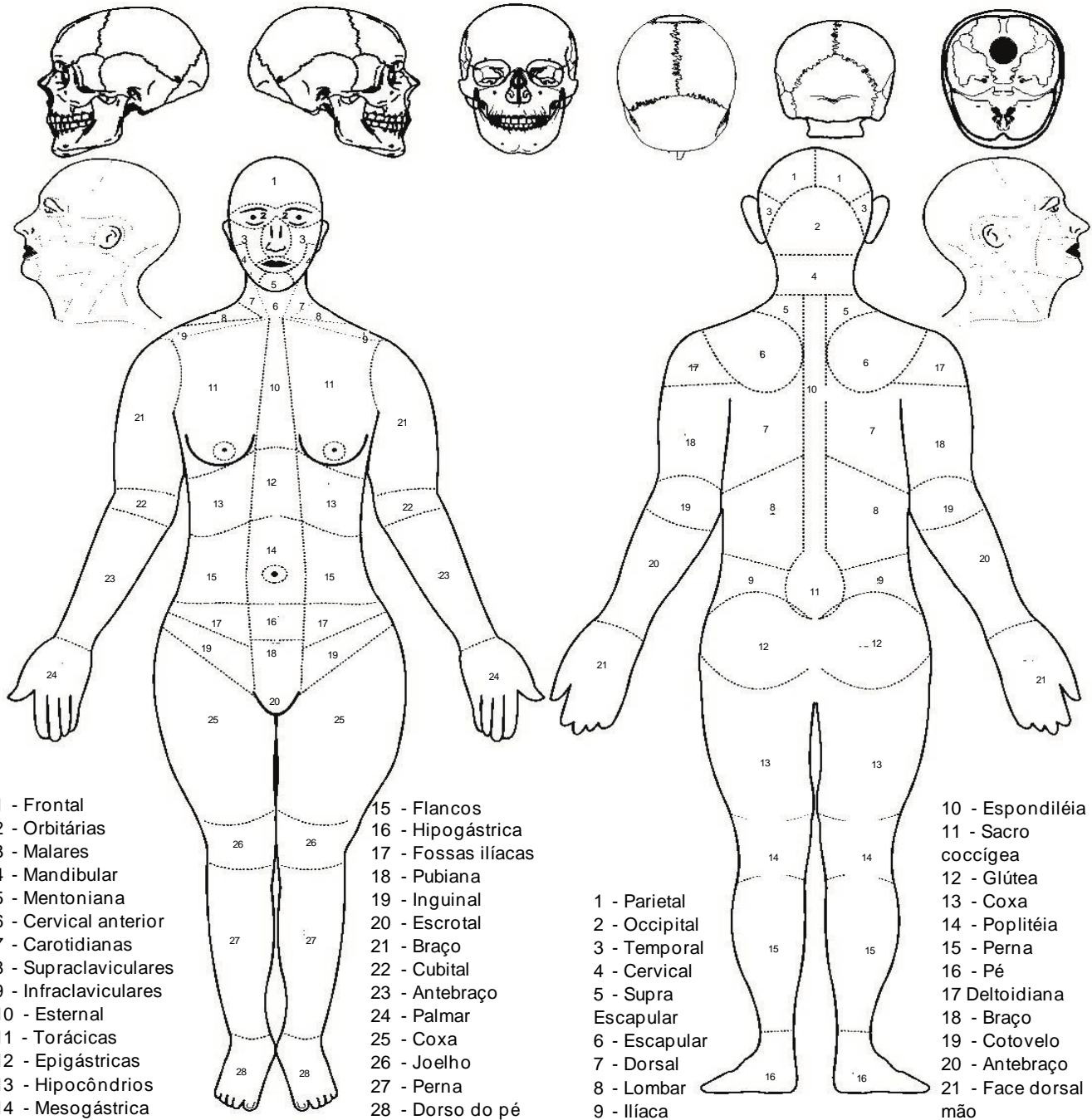
Assinatura e carimbo do Enfermeiro Forense

ANEXO C - MAPA DE LESÕES

GRÁFICO FEMININO

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____ Profissional: _____



- 1 - Frontal
- 2 - Orbitárias
- 3 - Malares
- 4 - Mandibular
- 5 - Mentoniana
- 6 - Cervical anterior
- 7 - Carotidianas
- 8 - Supraclaviculares
- 9 - Infraclaviculares
- 10 - Esternal
- 11 - Torácicas
- 12 - Epigástricas
- 13 - Hipocôndrios
- 14 - Mesogástrica

- 15 - Flancos
- 16 - Hipogástrica
- 17 - Fossas ilíacas
- 18 - Pubiana
- 19 - Inguinal
- 20 - Escrotal
- 21 - Braço
- 22 - Cubital
- 23 - Antebraço
- 24 - Palmar
- 25 - Coxa
- 26 - Joelho
- 27 - Perna
- 28 - Dorso do pé

- 1 - Parietal
- 2 - Occipital
- 3 - Temporal
- 4 - Cervical
- 5 - Supra Escapular
- 6 - Escapular
- 7 - Dorsal
- 8 - Lombar
- 9 - Ilíaca

- 10 - Espondiléia
- 11 - Sacro coccígea
- 12 - Glútea
- 13 - Coxa
- 14 - Poplitéia
- 15 - Perna
- 16 - Pé
- 17 Deltoidiana
- 18 - Braço
- 19 - Cotovelo
- 20 - Antebraço
- 21 - Face dorsal mão

GRÁFICO FEMININO – GENITÁLIA FEMININA

Nome: _____

Profissional: _____

Mapa Anatômico Genitália Feminina

Regiões:

1. Do Monte de Vênus
2. Clitoriana
3. Dos Grandes Lábios
4. Da Raiz da Coxa
5. Do Rafe do Períneo
6. Perineal
7. Anal
8. Perianal
9. Glútea
10. Do vestíbulo Vaginal
11. Dos Pequenos Lábios

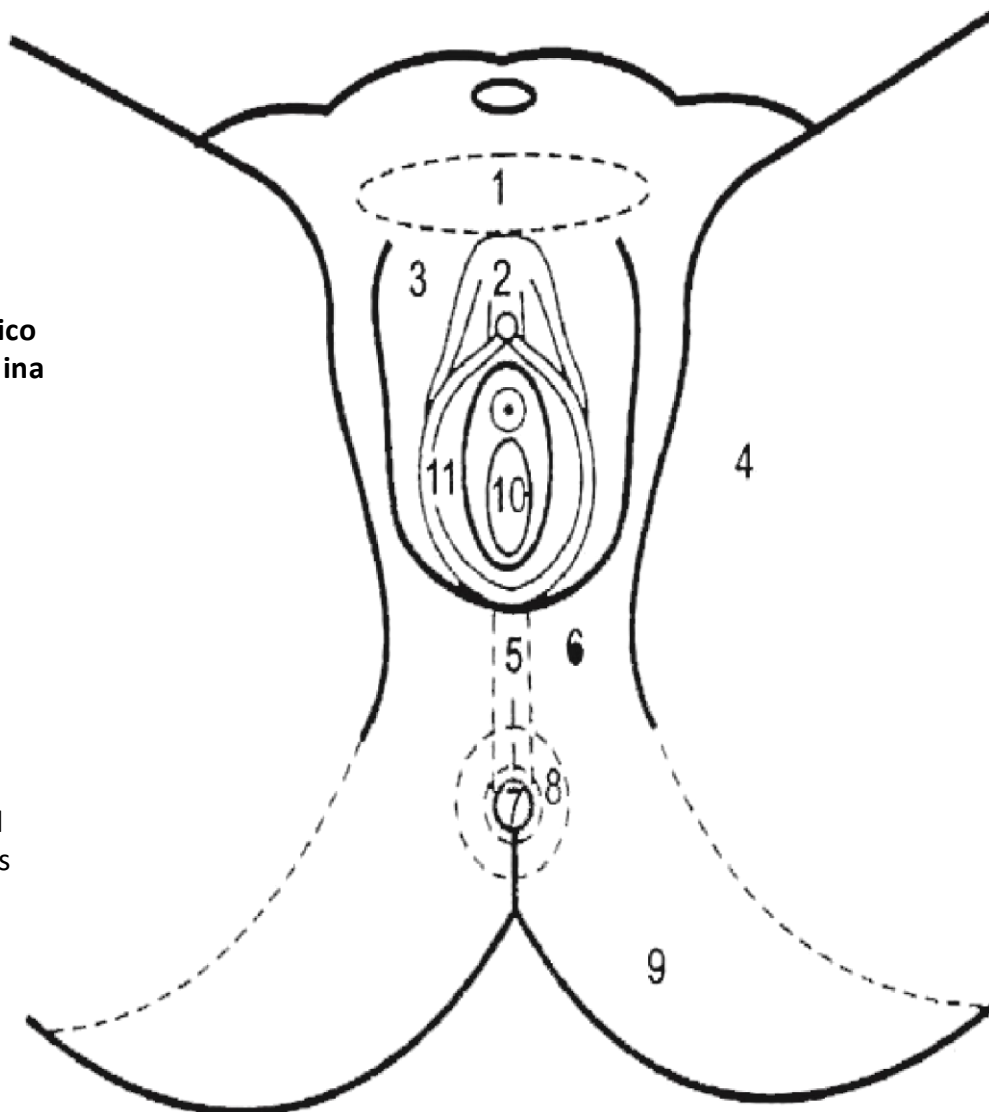
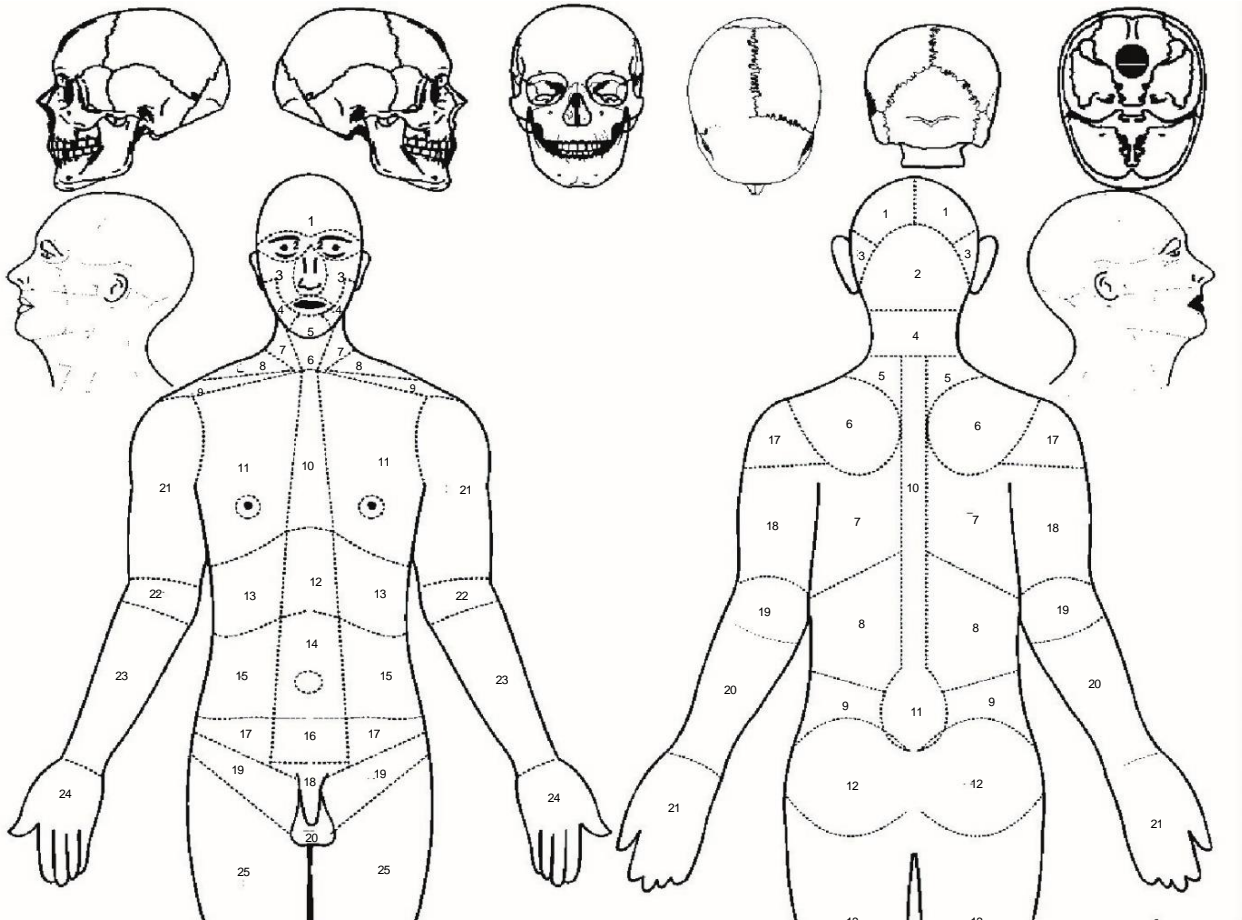


GRÁFICO MASCULINO

Nome: _____

Profissional: _____



- 1 - Frontal
- 2 - Orbitárias
- 3 - Malares
- 4 - Mandibular
- 5 - Mentoniana
- 6 - Cervical anterior
- 7 - Carotidianas
- 8 - Supraclaviculares
- 9 - Infraclaviculares
- 10 - Esternal
- 11 - Torácicas
- 12 - Epigástricas
- 13 - Hipocôndrios
- 14 - Mesogástrica

- 15 - Flancos
- 16 - Hipogástrica
- 17 - Fossas ilíacas
- 18 - Pubiana
- 19 - Inguinal
- 20 - Escrotal
- 21 - Braço
- 22 - Cubital
- 23 - Antebraço
- 24 - Palmar
- 25 - Coxa
- 26 - Joelho
- 27 - Perna
- 28 - Dorso do pé

- 10 - Espondilêia
- 11 - Sacro coccígea
- 12 - Glútea
- 13 - Coxa
- 14 - Poplitêia
- 15 - Perna
- 16 - Pé
- 17 - Deltoidiana
- 18 - Braço
- 19 - Cotovelo
- 20 - Antebraço
- 21 - Face dorsal mão

GRÁFICO MASCULINO – GENITÁLIA MASCULINA

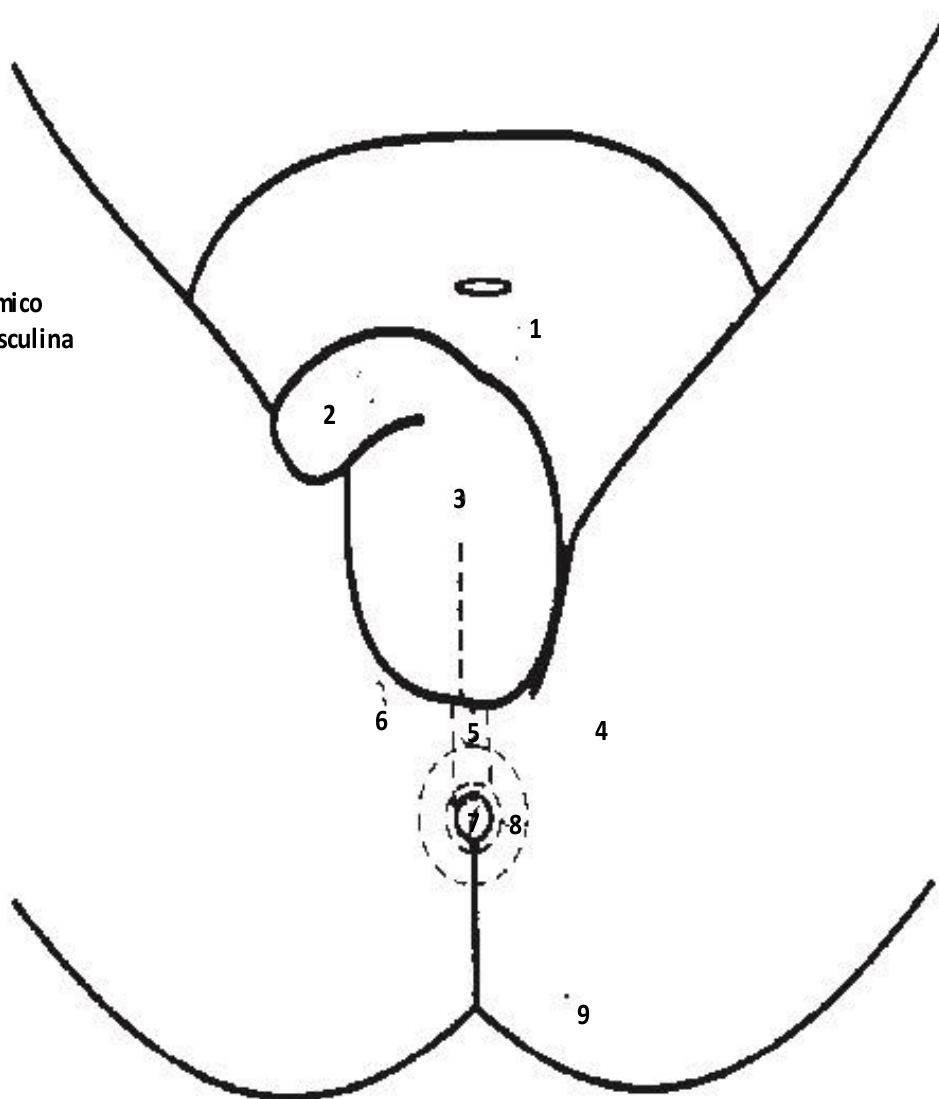
Nome: _____

Profissional: _____

MapaAnatômico
GenitáliaMasculina

Regiões:

- 1.Suprapúbica
- 2.Peniana
- 3.Escrotal
- 4.DaRaizdaCoxa
- 5.DaRafedaPerineal
- 6.Perineal
- 7.Anal
- 8.Perianal
- 9.Glútea



ANEXO D - IMAGEM CRONOMÉTRICA PARA EXAME GINECOLÓGICO

Desenhe no esquema abaixo o aspecto do hímen (forma, localização de rupturas – como um mostrador de relógio, etc). Descrever no espaço abaixo.

Hímen: Roto Íntegro Complacente*

Bordas da ruptura: Sangrantes/equimóticas Cicatrizada Não se aplica

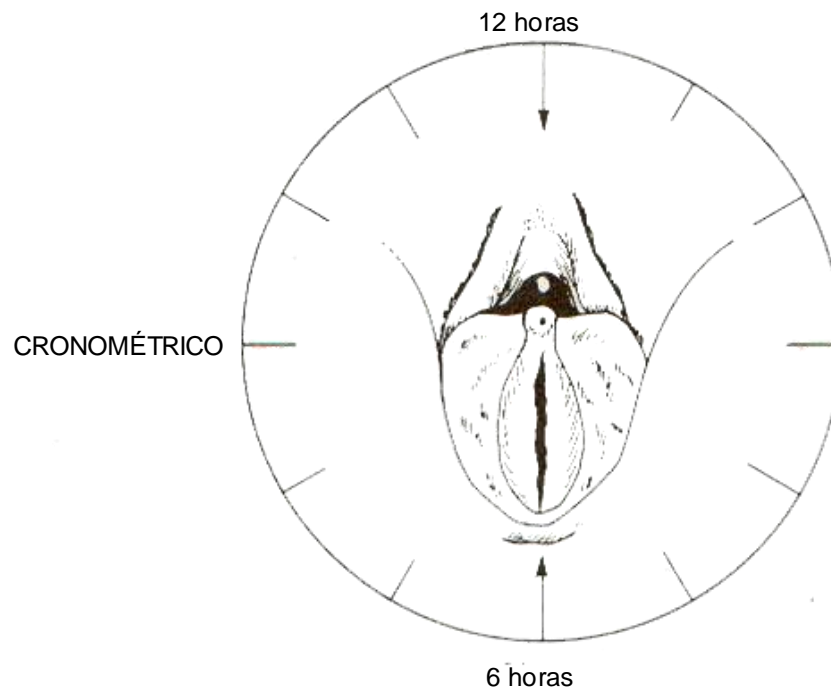
Local da ruptura(s) às:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 12 horas Reduzido a carúnculas Não se aplica

Outras informações relevantes:

*Complacente é o hímen íntegro que, devido às dimensões do óstio, permitiria a penetração peniana sem a ruptura da borda.

SISTEMAS



Modelo de TERMO adaptado à realidade do Enfermeiro Forense com base da Norma Técnica, 1ª Edição, 2015, Brasília/DF. (Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios). Secretaria de Políticas para as Mulheres/MS/MJ. Anexos B, C e D.