

# 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/ IMUNOBIOLOGICOS 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**

---

---

---

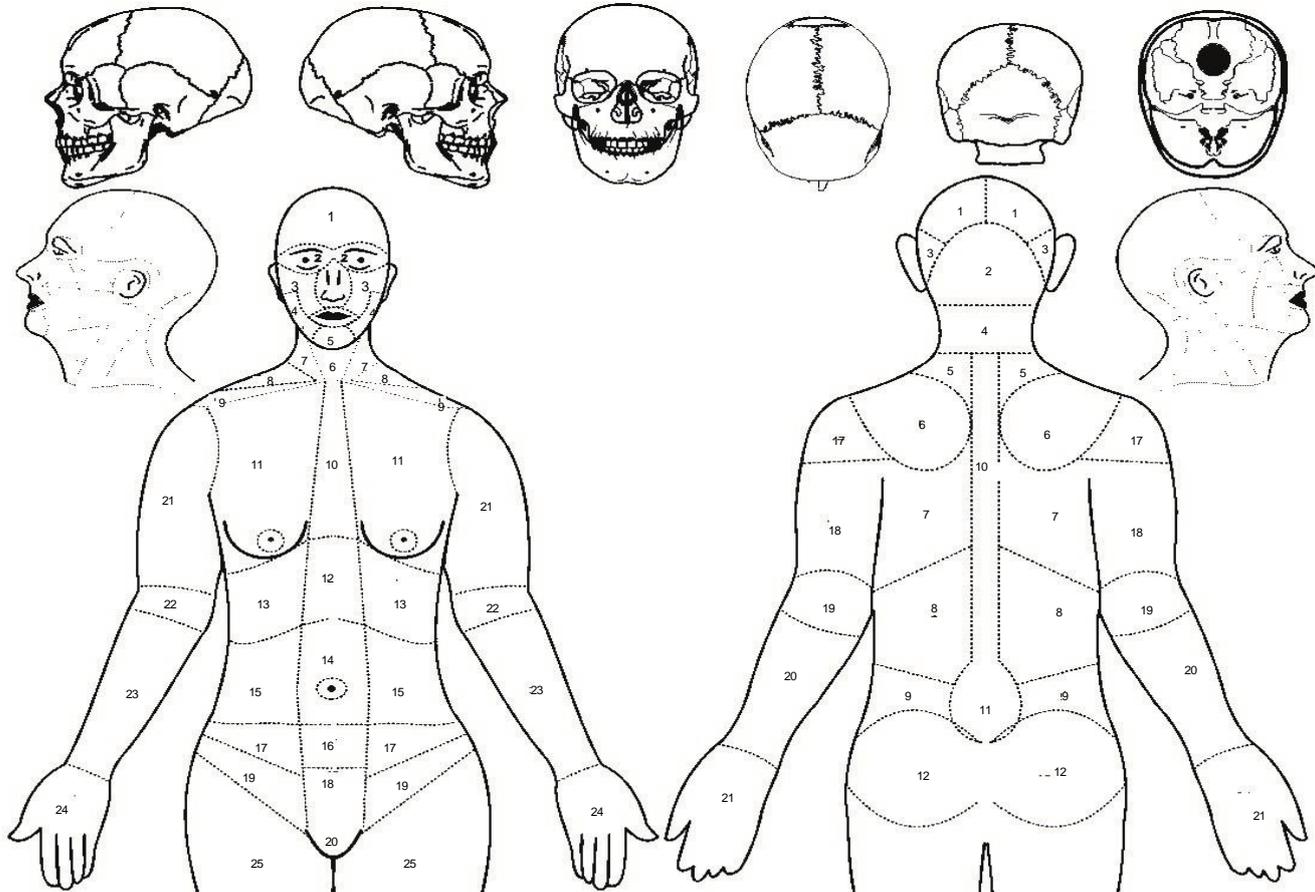
\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Enfermeiro Forense

# 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

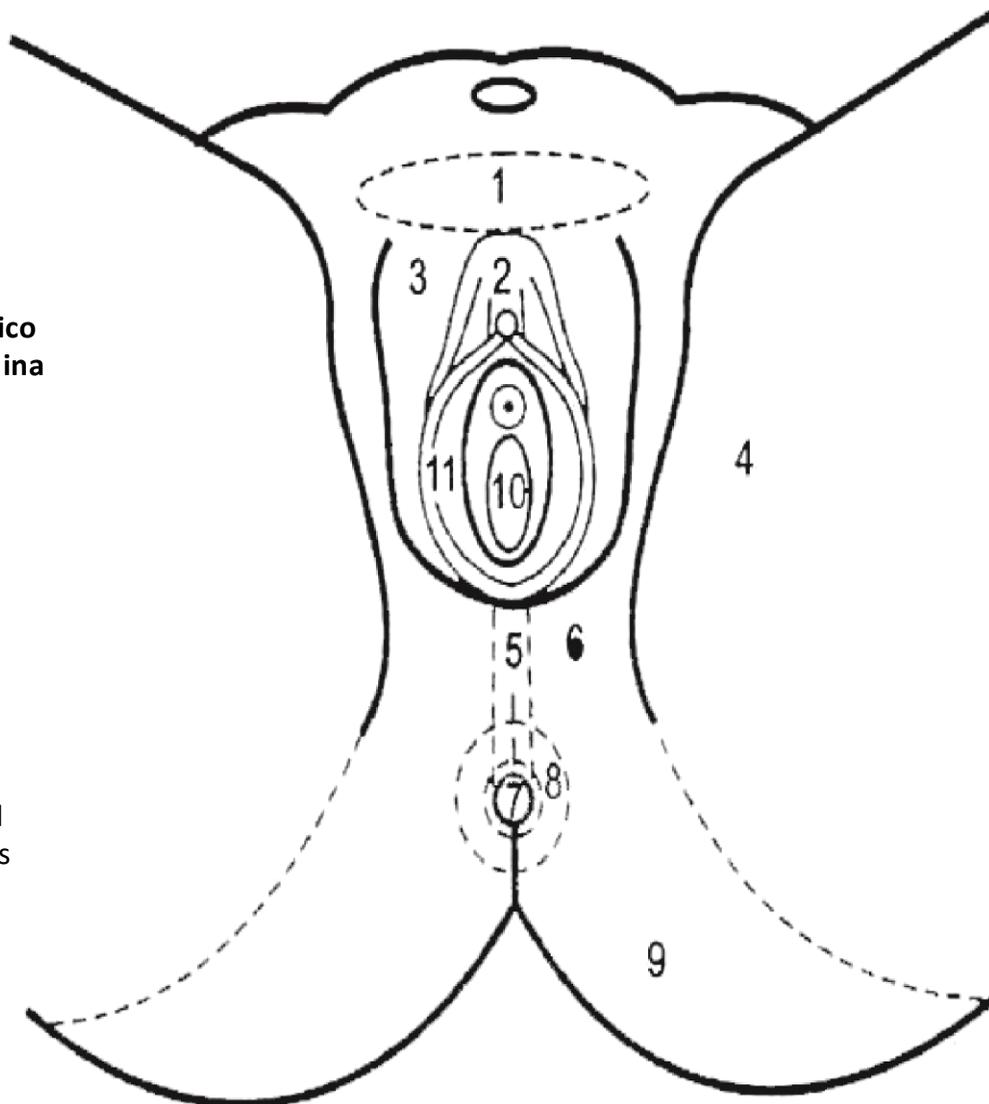
Nome: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_

## Mapa Anatômico Genitália Feminina

### Regiões:

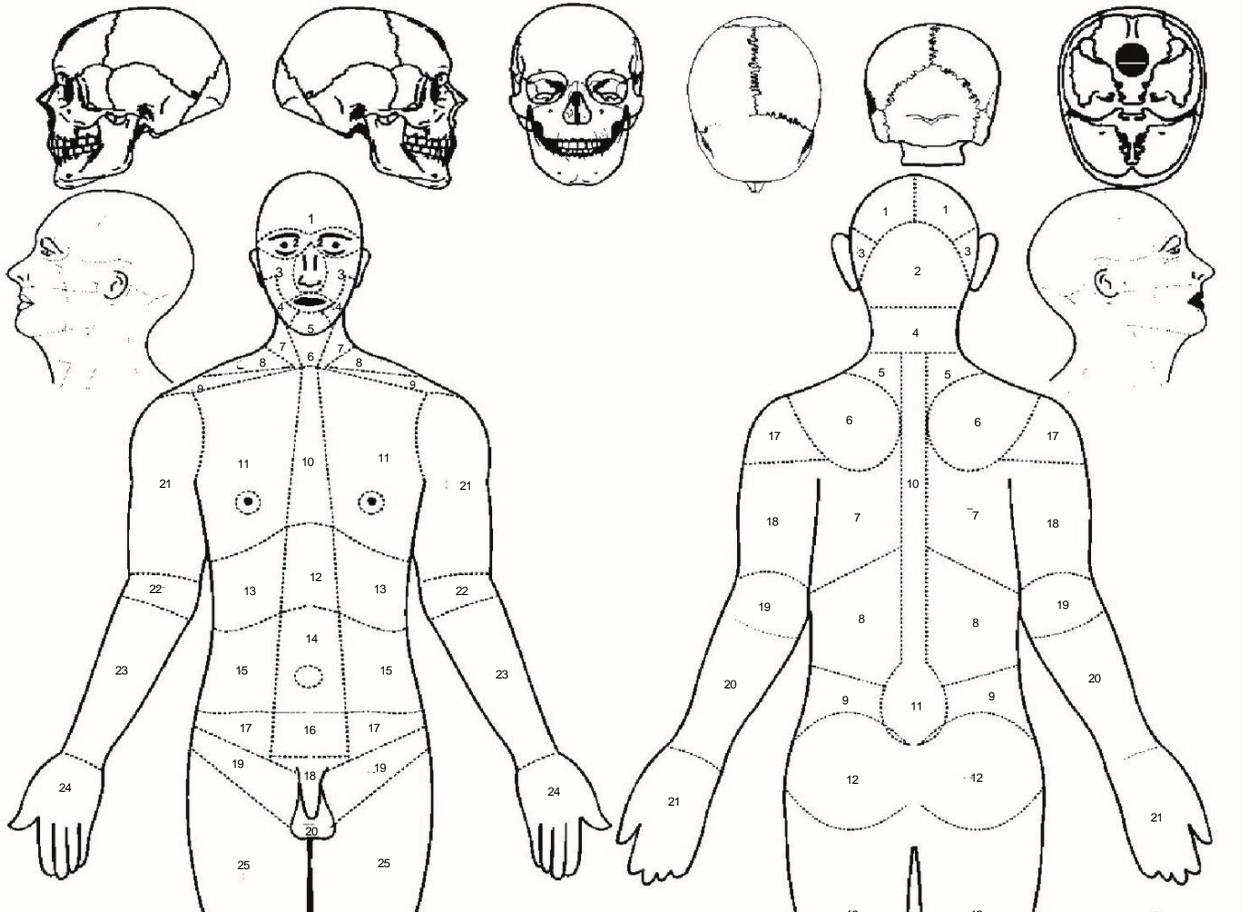
1. Do Monte de Vênus
2. Clitoriana
3. Dos Grandes Lábios
4. Da Raiz da Coxa
5. Do Rafe do Períneo
6. Perineal
7. Anal
8. Perianal
9. Glútea
10. Do vestíbulo Vaginal
11. Dos Pequenos Lábios



# 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 - Poplitéia
- 15 - Perna
- 16 - Pé
- 17 - Deltoidiana
- 18 - Braço
- 19 - Cotovelo
- 20 - Antebraço
- 21 - Face dorsal mão
- 1 - Parietal
- 2 - Occipital
- 3 - Temporal
- 4 - Cervical
- 5 - Supra Escapular
- 6 - Escapular
- 7 - Dorsal
- 8 - Lombar
- 9 - Ilíaca

# GRÁFICO MASCULINO – GENITÁLIA MASCULINA

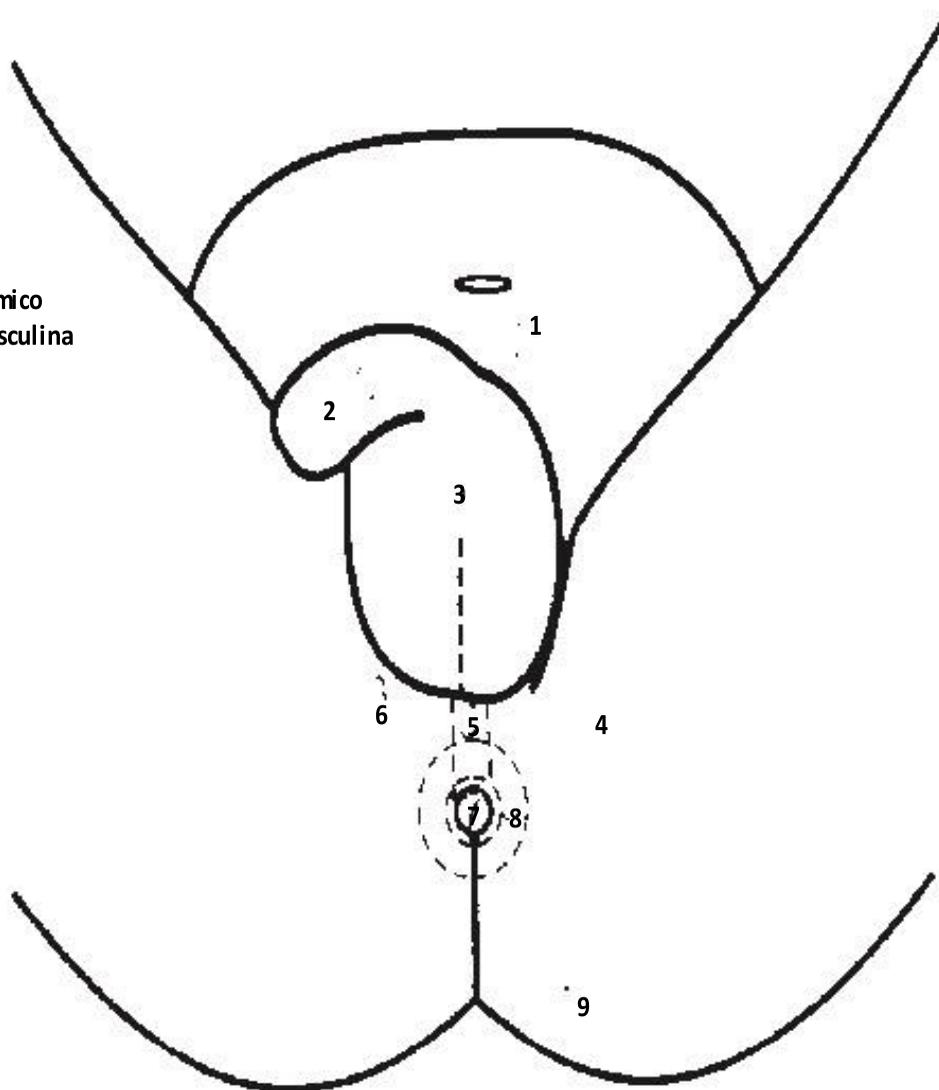
Nome: \_\_\_\_\_

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:

---

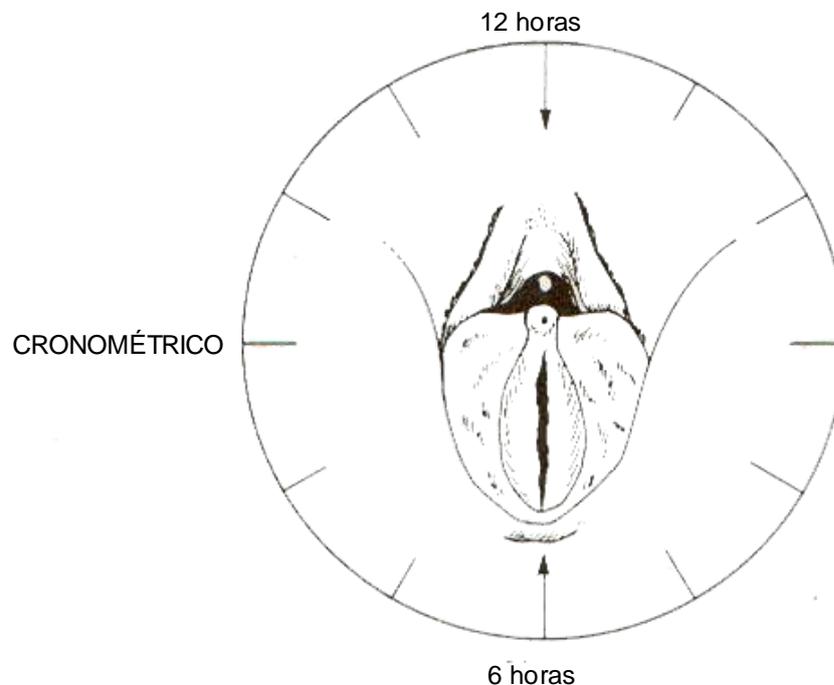
---

---

---

\*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.*