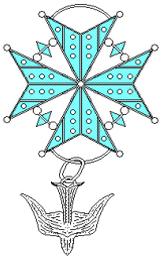


# LA RACCOLTA SANITARIA DELLE PROVE:TUTELA DELLA VITTIMA DI VIOLENZA



**IL KIT ANTIVIOLLENZA  
OSPEDALE EVANGELICO  
INTERNAZIONALE**

**S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

**Direttore Dott Rodolfo Sirito**

**Dott. Anna Russo Dirigente Medico**



**Il corpo di una vittima di stupro è già stato violato sessualmente in un'aggressione mortale. Una procedura medica invasiva può assumere un significato speciale per lei: l'aggressore con l'intenzione di far del male e la procedura medica destinata ad essere d'aiuto invadono entrambe la stessa parte del corpo.**

# VISITA MEDICA A VITTIMA DI VIOLENZA SESSUALE

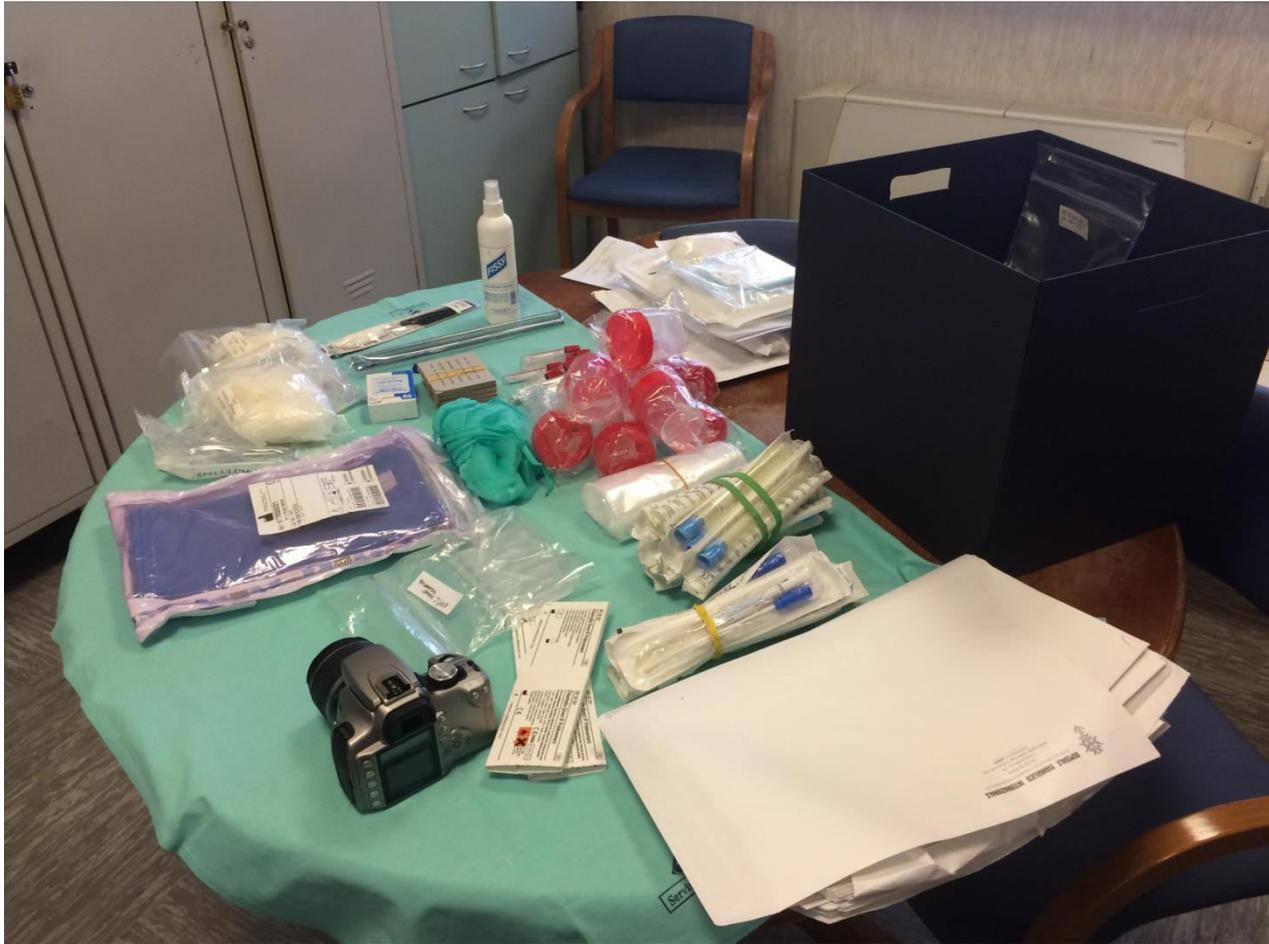
*E' opinione comune , tra la gente ed in ambito giudiziario, che la violenza sessuale sia invariabilmente associata a lesioni fisiche*

*Al Medico viene spesso richiesto di valutare se si sia trattato di una violenza o di un rapporto consenziente solo sulla base del riscontro di lesioni all'esame fisico.*

# Visita Medica

- *Studi che hanno analizzato i risultati di visite mediche di donne vittime di violenza sessuale riferiscono la presenza di lesioni corporee dal 40 all'82% dei casi e di lesioni in sede ano-genitale dal 6 all'87%*
- *Questa variabilità è forse dipendente dalla differenza della popolazione esaminata (età, parità, precedenti rapporti sessuali, modalità dell'aggressione) e la differenza di esperienza di chi rilevava le 'lesioni'*

# CONTENUTO DEL KIT





**Ospedale Evangelico Internazionale**  
**Presidio di Voltri**  
**Pronto Soccorso [ ] S.C./S.S. \_\_\_\_\_**

**CATENA DI CUSTODIA PER VIOLENZA SESSUALE**  
**PROVE ACQUISITE DALLA VITTIMA**

Quadro A: Pronto Soccorso/S.C. /S.S.

|                                      |            |                                       |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------|
| Data prelievo: _____ / _____ / _____ | Ora: _____ | Dati anagrafici del paziente:         |
| Cognome _____                        | Nome _____ | Data di nascita _____ / _____ / _____ |

**PROVE RACCOLTE**

**ABIGLIAMENTO:**

| quantità | descrizione |
|----------|-------------|
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |

**MATERIALE CADUTO DALLA DONNA**

| quantità | descrizione |
|----------|-------------|
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |

**DOCUMENTAZIONE ICONOGRAFICA**

| quantità | descrizione |
|----------|-------------|
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |
|          |             |

In merito agli accertamenti richiesti il paziente:

acconsente:                       NON acconsente:                       non è possibile acquisire un valido consenso

**Dichiarazione dell'interessato che assiste al campionamento:**

Dichiaro che le etichette identificative sono correttamente compilate. Tutto il materiale utilizzato per il campionamento era integro, chiuso/sigillato. I campioni biologici, ottenuti con il mio consenso, sono stati prelevati, etichettati e sigillati in mia presenza.

Firma dell'interessato (o del medico in caso di impossibilità del soggetto)

\_\_\_\_\_

Firma e Sostegno del Medico

I campioni devono essere trasferiti rispettando le indicazioni del Laboratorio Analisi



**OSPEDALE  
EVANGELICO  
INTERNAZIONALE**

*fondato in Genova nel 1837  
da Chiese Evangeliche*

**SEDE DI CASTELLETTO**  
Corso Galliano, 1A  
16122 GENOVA

**PRESIDIO DI VOLTRI**  
Piazzale Elio Gianesini, 4  
16150 GENOVA - VOLTRI

**DENUNCIA D'UFFICIO / REFERTO ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA  
per violenza sessuale**

**Alla Procura della Repubblica presso Il Tribunale di Genova**  
**FAX...010 584010**  
**E p.e. alla Direzione Medica Ospedaliera FAX...010 6136561**

Il Sottoscritto Dr

In servizio presso (struttura sanitaria): \_\_\_\_\_ n° telefono \_\_\_\_\_

Comunica a questo Ufficio quanto segue:

In data \_\_\_\_\_ si è presentata/o la/il Sig./ra \_\_\_\_\_

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Identificata mediante \_\_\_\_\_

Accompagnata da \_\_\_\_\_

Il soggetto riferisce quanto segue (1):

L'esame clinico e/o la visita medico legale hanno evidenziato (2):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nel corso della visita sono state eseguite fotografie, prelievi biologici, prelievi per indagini tossicologiche e infettivologiche.  
Sono stati reperiti i seguenti indumenti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il materiale è conservato presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data

Timbro e Firma del Medico relatore

(1) Esposizione sintetica degli elementi anamnestici significativi in relazione all'ipotesi di reato

(2) Esposizione sintetica degli elementi più significativi dell'esame clinico e/o della visita medico legale relativi sia a lesioni genitali che extragenitali ed altri eventuali rilievi ritenuti importanti



## PROCEDURA

La paziente deve passare dal Pronto Soccorso , dove le vengono effettuati i prelievi del Codice Violenza , viene 'stabilizzata ' in presenza di patologia, stampate etichette per tamponi e vetrini, quindi accompagnata , previo avviso telefonico con contatto diretto del Medico di guardia.

Si predispongono il kit( che si trova nell'armadio a sinistra all'ingresso del blocco parto, compresa la macchina fotografica) in luogo appartato, a seconda dell'orario ,in sala da visita al V /IV piano.

Si compilano consenso informato e scheda anamnestica ( presenti nella borsa del kit ),

Si indossano cuffie, maschere, guanti (che devono essere cambiati ad ogni procedura).

A seconda della descrizione dell'aggressione si eseguiranno tamponi e vetrini

Si pone il telo a terra ( presente nel kit ) sopra al quale la pz si spoglia (ovviamente se la pz indossa ancora gli stessi abiti dell'aggressione ) , i vari capi verranno posti in sacchetti di carta ( presenti nel kit ) , pinzati ed etichettati, prima fatti asciugare all'aria se bagnati. Eseguire documentazione fotografica .

Ispezione , descrizione e documentazione fotografica delle lesioni , avvicinare il righello centimetrato (presente nel kit) per valutarne l'estensione ,la descrizione è agevolata dagli schemi

Se possibile tagliare unghie ed inserirle con descrizione di dito/mano nelle 10 provettine predisposte,se non possibile rimuovere , da sotto l'unghia, il contenuto ed inserire nelle provettine

L'anamnesi guiderà la ricerca di reperti per l'esame genetico (saliva, sangue, sperma, capelli ,peli), quindi la descrizione dell'aggressione indicherà le sedi di indagine.

Cavo orale :

tamponi per ricerca DNA , senza terreno di coltura , da porre a -20° ( se non sono passate > 24 ore )

2 gengivali , arcata superiore ed inferiore ; 1 salivare, 1 linguale, 1 faringeo: se si suppone la presenza di spermatozoi eseguire anche due vetrini , di cui 1 fissato con Citofix (segnalare quale )

Si eseguono quindi i tamponi con terreno di coltura per la ricerca MTS Chlamydia , Tricomonas , Gonococco

Cute , a seconda della descrizione si ricercano sulla cute saliva sangue e sperma secchi , si inumidisce il tampone con fisiologica ( presente nel kit) e si conserveranno a -20°, in presenza di sperma si eseguiranno anche due vetrini , di cui uno fissato con Citofix.

Genitali

Si cercano ev peli dell'aggressore tra i peli pubici con pettine ( presente nel kit), se si trovano si pongono in busta chiusa etichettata e firmata .

Si eseguono foto se presenti lesioni , ricordare righello di confronto

Tamponi senza terreno di coltura

**ISTRUZIONI SPECIFICHE S.C. OSTETRICIA GINECOLOGIA****Tamponi da eseguire prima della visita ginecologica**

(v. allegato 5 “catena di custodia per violenza sessuale”):

**• PER RICERCA SPERMATOZOI**

Inviare al Laboratorio n°2 vetrini per ogni sede che si reputa campionare di cui:

1. uno fissato con Citofix, riposto nell'apposito porta vetrini, (sul quale deve essere evidenziata la scritta CITOFIX), con etichetta con cognome, nome e data di nascita del paziente, sigillato e firmato dal Medico responsabile del prelievo, a disposizione dell'Autorità Giudiziaria.
2. uno essiccato all'aria per almeno mezz'ora per colorazione May Grunwald – Giemsa, riposto in apposito contenitore porta vetrini, con etichetta con cognome, nome e data di nascita del paziente, sigillato e firmato dal Medico responsabile del prelievo

**DI NORMA 8 VETRINI** (2 CIASCUNO PER VAGINA, CANALE CERVICALE, BOCCA, ANO)

**• TIPIZZAZIONE GENICA (per DNA dell'aggressore)**

Inviare al Laboratorio **un tampone a secco** per la tipizzazione genica, **per ogni sede** che si reputa campionare, tipicamente Vagina, Canale cervicale, Canale orale, Ano. Per la Cute, se presenti liquidi organici asciugatisi, si inumidisce il tampone con fisiologica (presente nel kit). In presenza di sperma si eseguiranno anche due vetrini, di cui uno fissato con Citofix (V. SOPRA).

I tamponi vanno fatti essiccare per almeno mezz'ora all'aria e inseriti **in provetta sterile senza terreno di trasporto**, con etichetta con cognome, nome e data di nascita del paziente, sigillati e firmati dal Medico responsabile del prelievo, a disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

**• SCREENING MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE**

ESEGUIRE TAMPONI PER:

- Chlamydia trachomatis (n° 1 tampone endocervicale) –Kit apposito
- Trichomonas vaginalis (n tamponi a seconda delle sedi d'abuso, con terreno di trasporto)
- Neisseria gonorrhoeae (n a seconda delle sedi d'abuso tamponi con terreno di trasporto)
- Mycoplasma (n° 1 tampone endocervicale con terreno di trasporto)



**OSPEDALE  
EVANGELICO  
INTERNAZIONALE**

*fondato in Genova nel 1857  
da Chiese Evangeliche*

**SEDE DI CASTELLETTO**  
Corso Solferino, 1A  
16122 GENOVA

**PRESIDIO DI VOLTRI**  
P.lezzale Felice Gianassi, 4  
16158 GENOVA - VOLTRI

Io Sottoscritto/o \_\_\_\_\_

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

n.CF/documento identità \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Informata/o sulle procedure relative agli accertamenti cui verrò sottoposta/o, sia a fini clinici  
che a fini medico legali,**

**ACCONSENTO:**

ALLA VISITA MEDICA [si] [no]

ALL'INDAGINE CLINICA ED ACCERTAMENTI A FINI MEDICO LEGALI [si] [no]

ALLA RACCOLTA DI MATERIALE BIOLOGICO A FINI CLINICHE FORENSI [si] [no]

ALLA RACCOLTA DI INDUMENTI PERSONALI A FINI CLINICHE FORENSI [si] [no]

AI RILIEVI FOTOGRAFICI [si] [no]

AI TRATTAMENTI TERAPEUTICI SPECIFICI CONSIGLIATI [si] [no]

ALL'ASCOLTO PSICOLOGICO ("FINESTRA ROSA") [si] [no]

(racogliere anche il consenso per l'esame HIV con il modulo preposto)

**DATA:**

**Firma dell'Interessata/o o del tutore**

**Timbro e Firma del Medico che acquisisce il consenso**



**Ospedale Evangelico Internazionale**  
**Presidio di Voltri**  
**Pronto Soccorso [ ] S.C./S.S. \_\_\_\_\_**



**CATENA DI CUSTODIA PER VIOLENZA SESSUALE**  
**SIEROLOGIA PER MST-Beta HCG**

Quadro A: Pronto Soccorso/S.C. /S.S.

|                                      |            |                                       |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------|
| Data prelievo: _____ / _____ / _____ | Ora: _____ | Dati anagrafici del paziente:         |
| Cognome _____                        | Nome _____ | Data di nascita _____ / _____ / _____ |

**SCREENING MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE**

|  |
|--|
| <b>HIV</b> [s]: [no]    IIbs Ag [s]: [no] <b>HCV</b> [s]: [no]    [ ] n° 2 provette tappo giallo piccole |
| <b>SIFILIDE</b>  |
| <b>VDRL</b> [s]: [no] <b>TPHA</b> [s]: [no]    [ ] n° 2 provette tappo giallo piccole                    |
| <b>Ac Anti Chlamydia</b> [s] [no]    [ ] n° 2 provette tappo giallo piccola                              |

**ALTRI ESAMI:**

**Beta-HCG** [s]: [no]    n° 2 provette tappo giallo piccole    [ ] idonei;    [ ] non idonei

Tutto il materiale deve pervenire etichettato con cognome, nome e data di nascita del paziente, sigillato e firmato dal Medico responsabile del prelievo

n. totale campioni (in lettere): \_\_\_\_\_

In merito agli accertamenti richiesti il paziente:

accurato,     NON accurato,     non è possibile acquisire un'ulteriore conoscenza

Dichiarazione dell'interessato che assiste al campionamento:

Declaro che le etichette identificative sono correttamente compilate. Tutto il materiale utilizzato per il campionamento era integro, chiuso e sigillato. I campioni biologici, ottenuti con il mio consenso, sono stati prelevati, etichettati e sigillati in mia presenza.

\_\_\_\_\_  
 Firma dell'interessato (o del medico in caso di incapacità del soggetto)

\_\_\_\_\_  
 Firma e timbro del Medico

I campioni devono essere trasferiti rispettando le indicazioni del Laboratorio Analisti

**Laboratorio analisi Presidio di Voltri**

|  |
|--|
| Consegna all'operatore deputato al trasporto: Data _____ / _____ / _____ ora _____                       |
| Nome, cognome e firma leggibile operatore che consegna i campioni all'operatore deputato al trasporto    |
| <b>Operatore che riceve deputato al trasporto del materiale:</b>   |
| Nome, cognome e firma leggibile operatore deputato al trasporto che riceve                               |
| Consegna al laboratorio analisi: Data _____ / _____ / _____ ora _____                                    |
| Nome, cognome e firma di chi consegna:<br>(indicare nome e cognome degli operatori con grafia leggibile) |
| Nome, cognome e firma di chi riceve:<br>(indicare nome e cognome degli operatori con grafia leggibile)   |



**OSPEDALE  
EVANGELICO  
INTERNAZIONALE**

fondato nel 1857 da Chiese Evangeliche

**SEDE DI CASTELLETTO**

Corso Saffarino, 1 A  
16122 GENOVA

**PRESIDIO DI VOLTRI**

Piazza Eufisio Gianasso, 4  
16138 GENOVA - VOLTRI

**Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia  
Direttore f.f. Dott. Rodolfo Sirito**

SCHEDA SIG.....

DATA..... ORA.....

MEDICO.....

OSTETRICA.....

*Ente Ecclesiastico civilmente riconosciuto  
senza fine di lucro, amministrato da  
Chiese Evangeliche di Genova:  
Anglicana, Luterana, Presbiteriana  
Scozzese, Riformata Subesena, Valdese.*

**Sede legale:**

Salita Superiore San Rocco 31A  
16122 Genova  
N. tel. diretto 010 5522 \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@neige.org

Tel.: +39 010 5522 1

Fax: +39 010 5522 209

E-mail: [urp.nei@neige.org](mailto:urp.nei@neige.org)

[www.neige.org](http://www.neige.org)

Cod. Fisc. ParL. I.V.A.: 00656740107

# OBIETTIVO

- **E' offrire un'accoglienza ed una attenzione che vadano al di là della cura del corpo violato , che comprendano i molteplici aspetti e bisogni della persona che si è rivolta a noi, che non sono affrontabili da un singolo Medico.**
- ***NECESSITA' DI UN COINVOLGIMENTO POLISPECIALISTICO E DELLA 'RETE' TERRITORIALE***



# SCHEDA PAZIENTE

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

ACCOMPAGNATA DA

GIUNGE ALLE ORE

DATA

MEDICO

OSTETRICA

# ANAMNESI

- PARA
- ULTIMA MESTRUAZIONE
- CONTRACCEZIONE
- ULTIMO RAPPORTO CONSENZIENTE
- IPERSENSIBILITA' A FARMACI
- PATOLOGIE
- INTERVENTI
- TERAPIE IN CORSO

# ANAMNESI

- DATA , ORA E LUOGO DELL'AGGRESSIONE
- NUMERO DEGLI AGGRESSORI
- DESCRIZIONE
- PRESENZA DI TESTIMONI
- MINACCIA , CON O SENZA LESIONI FISICHE
- INGESTIONE DI FARMACI E\O DI ALCOLICI ,  
VOLONTARIAMENTE \ INVOLONTARIAMENTE  
QUANTITA'

# ANAMNESI

- **PERDITA DI COSCIENZA**
- **SEQUESTRO IN AMBIENTE CHIUSO , PER QUANTO TEMPO**
- **LA VITTIMA E' STATA SPOGLIATA : COMPLETAMENTE , PARZIALMENTE**
- **PENETRAZIONE : DOVE , UNICA , RIPETUTA , CON COSA**
- **UTILIZZO DI PRESERVATIVO**
- **MANIPOLAZIONE DEI GENITALI**

# ***ANAMNESI***

- **NEL TEMPO INTERCORSO TRA LA VIOLENZA E LA VISITA LA PZ SI E' LAVATA**
- **HA CAMBIATO GLI ABITI**
- **HA INGERITO CIBI \ BEVANDE**
- **HA LAVATO I DENTI**
- **HA ESEGUITO LAVANDE VAGINALI**
- **HA URINATO            DEFECATO            VOMITATO**

# ANAMNESI

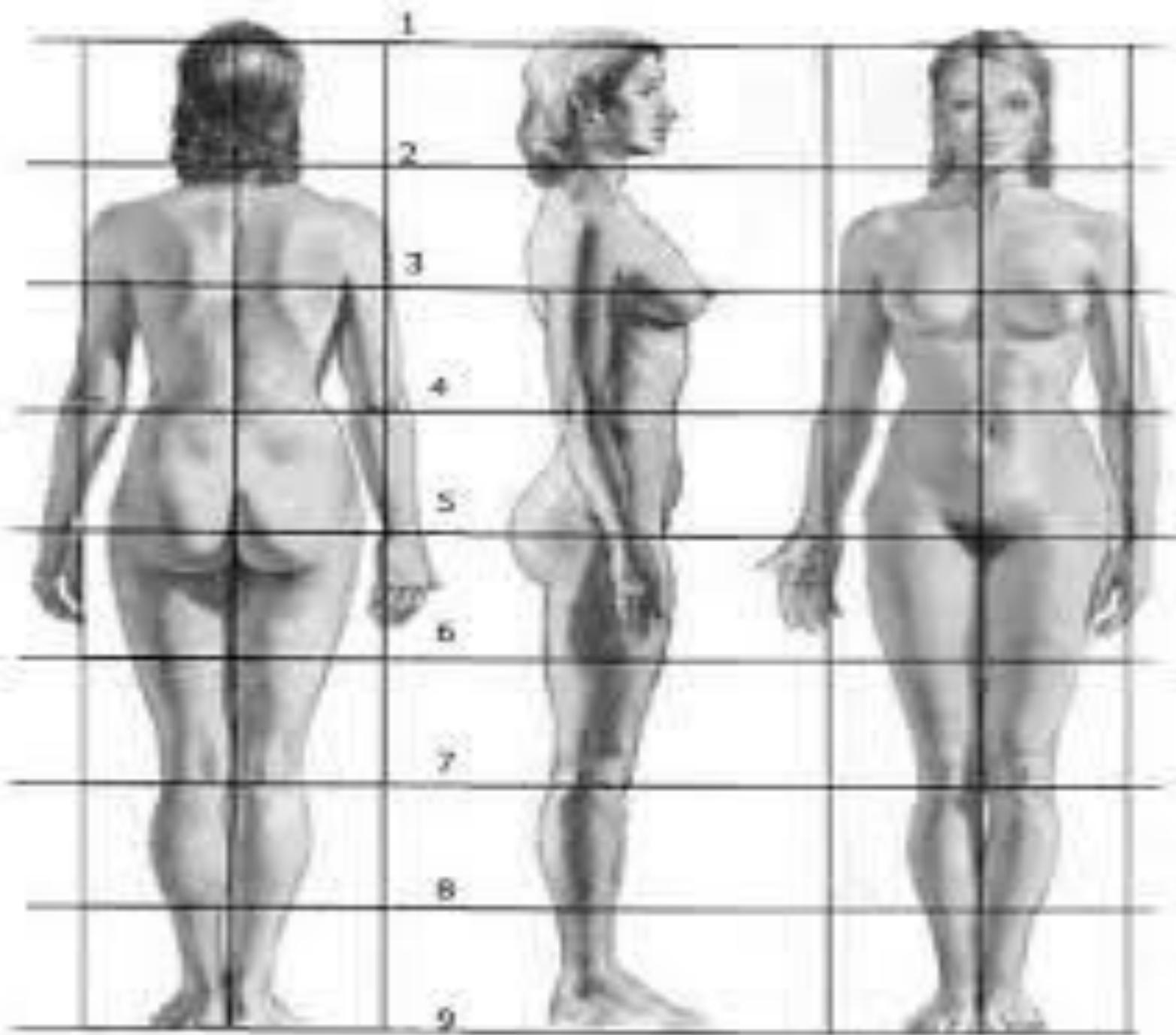
- **RAPPORTI SESSUALI SUCCESSIVI ALLA VIOLENZA**
- **SINTOMI : CEFALEA , DOLORI ADDOMINALI, SANGUINAMENTI , DISURIA , TENESMO , DOLORE CON LA DEFECAZIONE , DOLORI AL VOLTO , AL COLLO, AL TORACE , AGLI ARTI SUPERIORI DX\SN , AGLI ARTI INFERIORI DX\SN**
- **SINTOMI PSICHICI : PAURA , STORDIMENTO , AMNESIA , INSONNIA , ANSIA , IMPOTENZA**

# ESAME OBIETTIVO GENERALE

**FOTOGRAFIE PRESENTI , UTILIZZARE IL RIGHELLO DI RIFERIMENTO ( se no, scrivere la motivazione )**

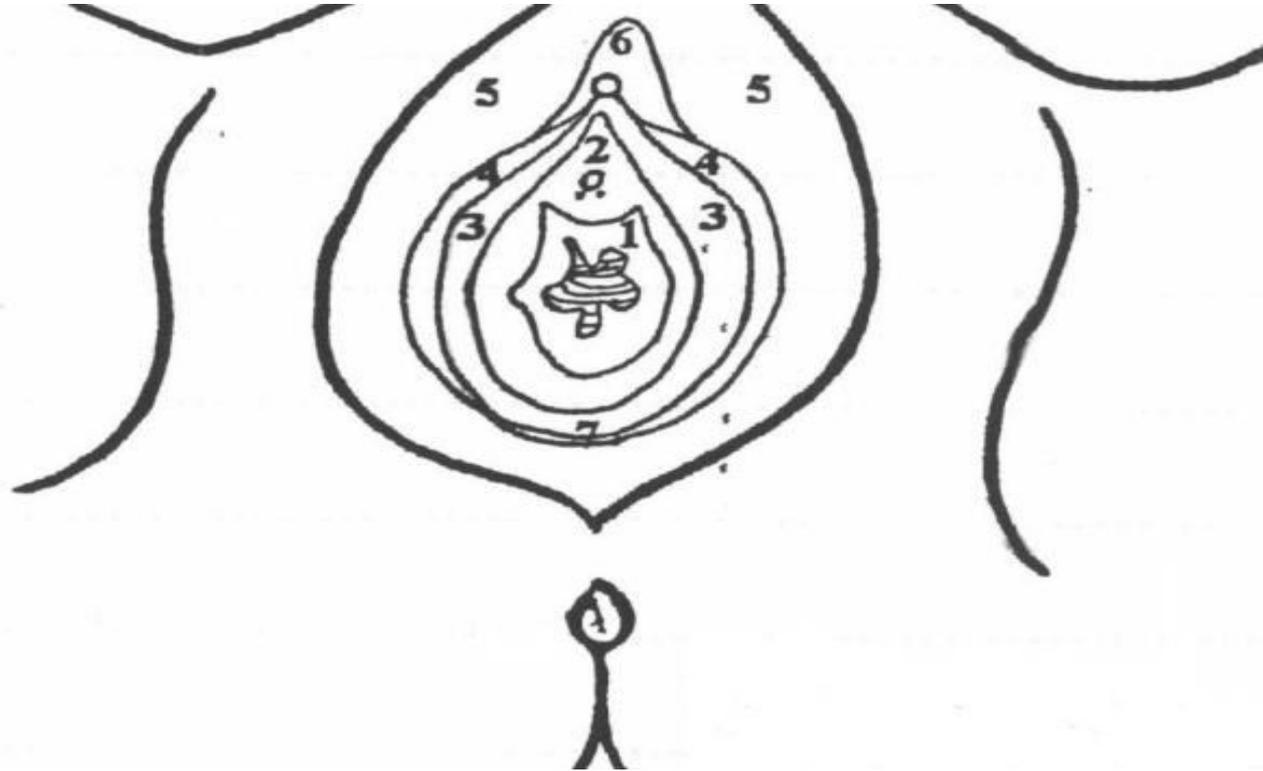
**DESCRIZIONE DELLE LESIONI ( segnare anche sullo schema corporeo allegato )**





# ESAME GENITALE

- Eseguito ad occhio nudo , con colposcopio (segnare anche sul disegno allegato )
- Evidenziabili lesioni traumatico - contusive recenti , non evidenziabili
- Descrizione
- Fotografie delle lesioni (righello) , se non eseguite motivare



SCHEMA PER LESIONI GENITALI

# Grandi Labbra , Piccole Labbra, Clitoride, Meato Uretrale , Forchetta

|  | Grandi labbra | Piccole labbra | Clitoride | Meato uretrale | Forchetta |
|--|---------------|----------------|-----------|----------------|-----------|
| arrossamento                                 |               |                |           |                |           |
| escoriazione                                 |               |                |           |                |           |
| area ecchimotica                             |               |                |           |                |           |
| sanguinamento                                |               |                |           |                |           |
| soluzione di continuo superficiale \profonda |               |                |           |                |           |

# Presenza di Imene

Fimbriato      Anulare      Semilunare      Altro

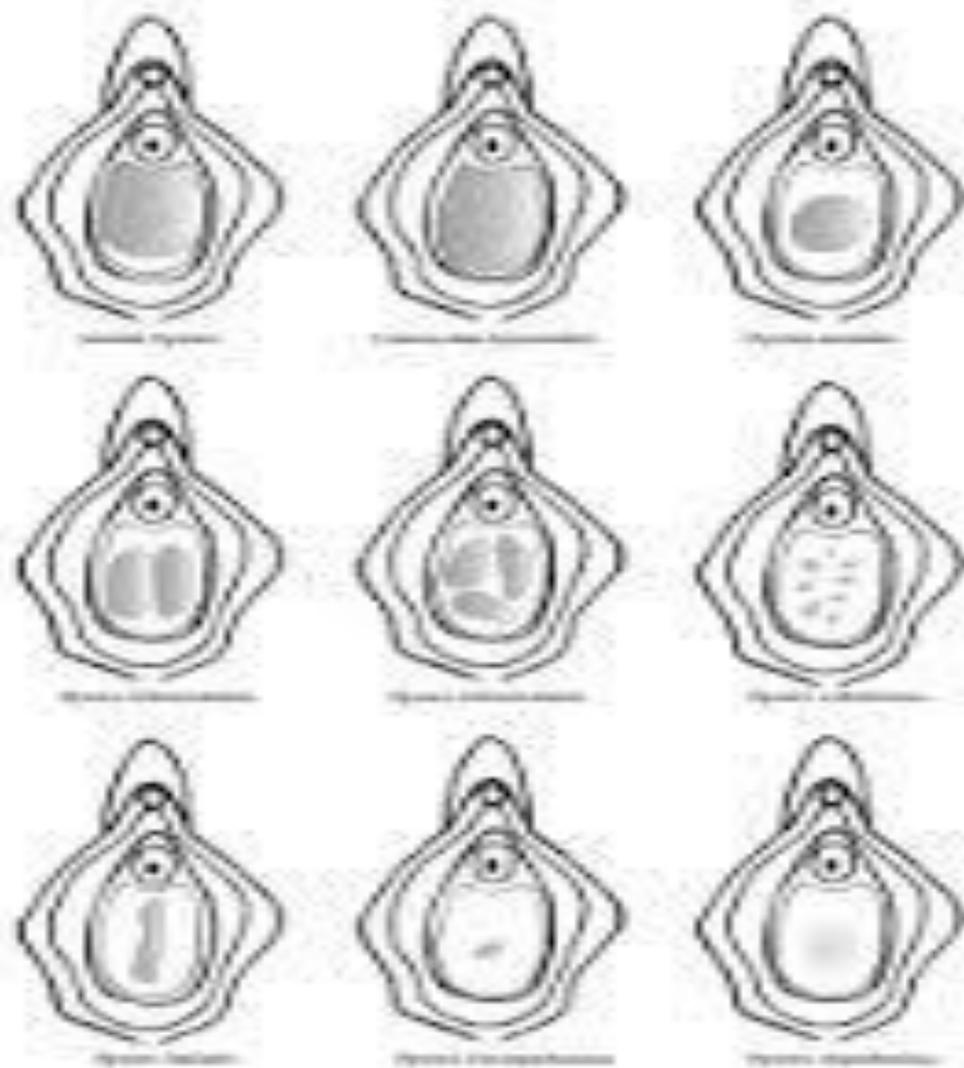
con margini regolari , privo di incisure

con incisura singola

con incisure multiple

Non evidenziabili segni di lesioni traumatico  
contusive recenti

Evidenza di



# Forchetta e Perineo

## Evidenze cliniche

- Sanguinamento
- Arrossamento
- Ipervascolarizzazione
- Escoriazioni
- Perdita di sostanza
- Soluzioni di continuo
- Ecchimosi
- Sinechie

- Discromie
- Appendici cutanee
- Rafe mediano visibile
- Cicatrici
- Friabilità della forchetta

LE DONNE  
INSIEME  
POSSONO  
SCONFIGGERE  
LA PAURA  
DELLO STUPRO!



# VISITA BIMANUALE

- Speculum (da conservare ) descrizione di Vagina , Portio , Fornici (lesioni , secrezioni, sanguinamenti )
- Utero
- Vescica (quando punti cistici dolenti \ dolorabili)
- Regione annessiale dx
- Regione annessiale sn

# Perineo ed Ano

- **Non evidenziabili segni di lesioni traumatico contusive recenti**
- **Evidenza di lesioni : arrossamento , escoriazione , soluzione di continuo sup.\prof area ecchimotica , sanguinamenti , secrezioni**  
**Eventuale coinvolgimento del Chirurgo Generale**

# ECOGRAFIA PELVICA TRANS ADDOMINALE E TRANS VAGINALE

- Descrizione dei genitali interni
- Presenza di liquido libero in peritoneo



# PROCEDURA

**La paziente giunge dal P.S. accompagnata, stabilizzata e con consenso informato firmato , etichette e prelievi ematochimici effettuati ;**

**Dopo colloquio telefonico con Medico di P.S. , il Medico di Guardia predispone un luogo appartato ove eseguire la visita ( IV / V piano)**

**La scheda si trova all'interno del Kit , (in futuro scheda digitale )**

# PROCEDURA

- Si indossano cuffie , maschere , guanti ( da cambiare ad ogni ispezione , per non inquinare le prove )
- Si pone il telo a terra, sopra il quale la paziente si spoglia ( a seconda dell'anamnesi, se la pz indossa gli stessi abiti dell'aggressione ) , gli indumenti vengono posti in sacchetti di carta dopo essere asciugati all'aria, se umidi o bagnati ,le buste devono essere chiuse, etichettate , firmate.*Cambio guanti* Eseguire documentazione fotografica.
- Ispezione, descrizione (è di aiuto lo schema allegato), documentazione fotografica delle lesioni , avvicinando righello rigido centimetrato. *Cambio guanti*

# PROCEDURA

- Se l'anamnesi lo indica, tagliare le unghie ed inserirle nelle 10 provettine , indicare il dito e la mano, se impossibile prelevare il contenuto da sotto l'unghia , e porlo nelle provettine come sopra ; *Cambio guanti*
- L'anamnesi guida nella ricerca di materiale genetico (saliva , sangue , sperma, capelli ,peli, tessuti)che può trovarsi sulla cute: si inumidiscono tamponi sterili senza terreno di coltura con fisiologica e si asporta il materiale che si pone in provetta etichettata e firmata; *Cambio guanti*
- Con pettine a denti sottili ricercare peli dell'aggressore tra i peli pubici conservare in provette, etichettare e firmare ; *Cambio guanti*

# PROCEDURA

- L'anamnesi guida nella ricerca delle sedi di possibile presenza di sperma ( quando secco utilizzare tampone bagnato con fisiologica) : cavo orale , vulva, vagina, retto . In ogni sede eseguire doppi prelievi, con tamponi sterili senza terreno di coltura, uno viene fissato su vetrino con Citofix, etichettare e firmare; *Per ogni sede cambio guanti*
- Eseguire tamponi per MTS nelle sedi conseguentemente a quelli per ricerca spermatozoi per evitare alla pz cambio posizione continua , etichettare e firmare ; *Cambio guanti*
- Conservare speculum in busta chiusa con etichetta, firma

# PROCEDURA

- **Descrizione delle lesioni nella zona perineale, schema allegato, fotografare ( righello)**
- **Visita bimanuale , descrizione dettagliata (schema);**
- **Valutazione regione anale , ev richiesta Consulenza Chirurgica;**
- **Ecografia pelvica (schema) ;**
- **Si offrono indumenti monouso ( slip , ciabattine, camice) ;**
- **Prescrizione di intercezione post coitale, se necessario, data e richiesta per ulteriori controlli;**
- **Si offre, se non presente , appuntamento con Psicologa**

# PROCEDURA

- **Si consegnano :**
  - la scheda della paziente al Pronto Soccorso ,**
  - fotocopia conservata in Reparto dal Direttore della S.C. ,in futuro ‘salvata’ insieme alle immagini;**
  - le prove raccolte al Laboratorio .**
- **Si ‘salvano’ le immagini su memoria mobile disponibile nel Kit.**



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**