ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від _____ № _____

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ _____ _____ _____ Код за ЄДРПОУ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 513/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України |__|__|__|__|__|__| № |__|__|__|__|

Довідка № ____
про документування результатів медичного обстеження осіб, які постраждали або ймовірно постраждали від домашнього насильства та/або інших видів насильства

від «____» _____ 20___ року

☐ Добровільна поінформована письмова згода постраждалої особи або його/її законного представника на проведення медичного обстеження та документування його результатів надана

1. Інформація про постраждалу особу:

Відповідно до наданих документів, які посвідчують особу, або зі слів постраждалої особи, його/її законного представника (необхідне підкреслити)

Прізвище:	Ім'я:	По батькові (за наявності):	
Дата народження:		Стать:	
Місце проживання/ перебування:	Населений пункт:	Область:	
Район:	Вулиця:	Будинок:	Квартира:

Контактні дані (наприклад, номер телефону, електронна пошта):

Звернення / доставлення до закладу охорони здоров'я (виберіть всі варіанти, що стосуються випадку):

☐ Самостійне	☐ У супроводі представників правоохоронних органів	☐ Направлено з іншого закладу охорони здоров'я (зазначити, якого)
☐ Бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги	☐ У супроводі законного представника (зазначити, кого)	☐ Інше (зазначити):
Медичне обстеження проводилось:		☐ Без присутності третіх осіб
☐ У присутності законного представника постраждалої особи		☐ У присутності інших третіх осіб (зазначити, кого)

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

2. Медичне обстеження:

1) Скарги (після випадку та на момент звернення):

_____

_____

_____

_____

2) Поведінка та психологічний стан постраждалої особи (виберіть всі варіанти, що підходять):

☐ Наляканий/а ☐ Замкнений/а ☐ Засмучений/а ☐ Відчуває сором
☐ Гнівається ☐ Плаче ☐ Розгублений/а ☐ Мовчазний/а
☐ Шокований/а ☐ Суїцидальні думки ☐ Інше (зазначити):

3) Додаткові прояви та симптоми (в тому числі порушення настрою, сну, пам'яті, уваги, харчування):

_____

_____

_____

Анамнез, в тому числі наступне:

Дата початку останньої менструації: / / ☐ Невідомо

Вагітність на момент звернення: ☐ Ні ☐ Так (вкажіть термін) _____ ☐ Невідомо

Використання контрацепції до випадку: ☐ Пігулки ☐ Внутрішньоматкові засоби
☐ Стерилізація ☐ Не використовує ☐ Інше (зазначити) _____

Попередні травми, діагностичні та/або оперативні втручання, наслідки яких не стосуються випадку: ☐ Так ☐ Ні

Зазначте інформацію про такі діагностичні та/або оперативні втручання, їх наслідки (зокрема вид та давність втручання, наявність рубців, деформацій, інших залишкових змін):

_____

_____

_____

_____

Інші анамнестичні дані (зазначити):

_____

_____

_____

_____

_____

М.П (за наявності) (Підпис медичного працівника)

3. Інформація про випадок:

Дата: / / ☐ Невідомо	Час: _____ : _____ ☐ Невідомо	Місце: ☐ Невідомо	
Застосування примусу та погроз (виберіть всі варіанти, що стосуються випадку):	☐ Фізична сила	☐ Зброя	
☐ Погрози постраждалій особі	☐ Погрози третім особам	☐ Невідомо	☐ Інше (зазначити)
Вид застосованої фізичної сили (виберіть всі варіанти, що стосуються випадку):	☐ Побиття	☐ Зв'язування	
☐ Ніж, інші ріжучі предмети	☐ Вогнепальна зброя	☐ Інше (зазначити)	
Застосування психологічного насильства, образ:	☐ Так	☐ Ні	
Застосування сексуального насильства:	☐ Так	☐ Ні	
Застосування економічного насильства:	☐ Так	☐ Ні	
Примус до вживання постраждалою особою:	☐ Алкоголю	☐ Наркотичних речовин	
☐ Лікарських засобів	☐ Не застосовувався	☐ Невідомо	☐ Інше (зазначити)
Випадок стався за участі:	☐ Одного кривдника	☐ Кількох кривдників, к-ть _____	☐ Невідомо
Кривдник з-поміж знайомих осіб (заповнюється для випадку за участі одного кривдника):			
☐ Знайома особа, додаткові дані	☐ Член родини, додаткові дані	☐ Інтимний / колишній партнер, додаткові дані	
Кривдник з-поміж незнайомих осіб (заповнюється для випадку за участі одного кривдника):			
Дані про кривдника, які постраждала особа бажає повідомити (стать, вік, статус, особливі прикмети):			
Випадок за участі кількох кривдників			
Зазначте дані про кожного з них, вказавши, чи були серед них кривдники, знайомі постраждалій особі, стосунки між постраждалою особою та знайомими кривдниками, їх стать, вік, статус, особливі прикмети:			
Запишіть зі слів постраждалої особи обставини випадку:			
Звернення до правоохоронних органів стосовно випадку:	☐ Так	☐ Ні	

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

4. Якщо постраждала особа повідомляє про ймовірне згвалтування, сексуальне насильство, заповніть пункти 1-8:

1) Час, що минув від настання випадку до звернення:	☐ Більше 72-х год.	☐ Менше 72-х год.	☐ Невідомо

	Так	Ні	Спроба	Невідомо
2) Вагінальне проникнення:				
пеніс	☐	☐	☐	☐
палець	☐	☐	☐	☐
предмет	☐	☐	☐	☐
3) Анальне проникнення:				
пеніс	☐	☐	☐	☐
палець	☐	☐	☐	☐
предмет	☐	☐	☐	☐
4) Оральний контакт зі статевими органами кривдника(-ів):	☐	☐	☐	☐

5) Еякуляція:
☐ Так, всередині тіла постраждалої особи ☐ Ні
☐ Так, поза тілом постраждалої особи ☐ Невідомо
☐ Використовувався презерватив
☐ Інше (зазначити) _____

6) Гігієна та інші дії постраждалої особи після випадку:
☐ Душ, ванна ☐ Чищення зубів, полоскання ротової порожнини
☐ Блювання ☐ Використання гігієнічних тампонів
☐ Дефекація ☐ Зміна одягу та білизни
☐ Сечовипускання ☐ Вживання їжі, напоїв
☐ Інше (зазначити) _____

7) Статевий акт за згодою, який відбувся протягом 7 діб, що передували випадку: ☐ Так ☐ Ні

8) Інші дані, не враховані в пунктах 1-7: ☐ Ні ☐ Так (зазначити)

_____

_____

_____

5. Огляд тіла постраждалої особи:

1) Артеріальний тиск: _____/_____ мм.рт.ст.	Частота пульсу: _____/хв.	Частота дихання: _____/хв.	Температура тіла: _____°С
2) Стадія статевого дозрівання:	☐ Препубертатна	☐ Пубертатна	☐ Статева зрілість

3) Виявлення тілесних ушкоджень:

Синець (СН)	Крововилив (К)	Садно (С)	Подряпина (ПН)	Рана (Р)	Опік (О)	Травматична алопеція (ТА)	Забій (З)
Перелом (П)	Ампутація (А)	Гематома (Г)	Вивих (В)	Рубець (РБ)	Електромітки (Е)	Вогнепальне ушкодження (ВУ)	Інші ушкодження (ІУ)

Таблиця 1. Основні типи тілесних ушкоджень, їхні позначення

М.П (за наявності) (Підпис медичного працівника)

Опишіть всі наявні тілесні ушкодження, ймовірно пов'язані з випадком (їхні розташування, кількість, орієнтацію, розмір, форму, колір, поверхню, межі / краї, наявність кровотечі, виділень та сторонніх забруднень), за можливості використовуючи надані в Таблиці 1 позначення основних типів ушкоджень, та нанесіть їх на схему 1 та схему 2:

Голова, обличчя: _____

Шия: _____

Очі, вушні раковини: _____

Ніс: _____

Ротова порожнина, зуби: _____

Спина: _____

Грудна клітка: _____

Живіт: _____

Руки, кисті: _____

Ноги, стопи: _____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

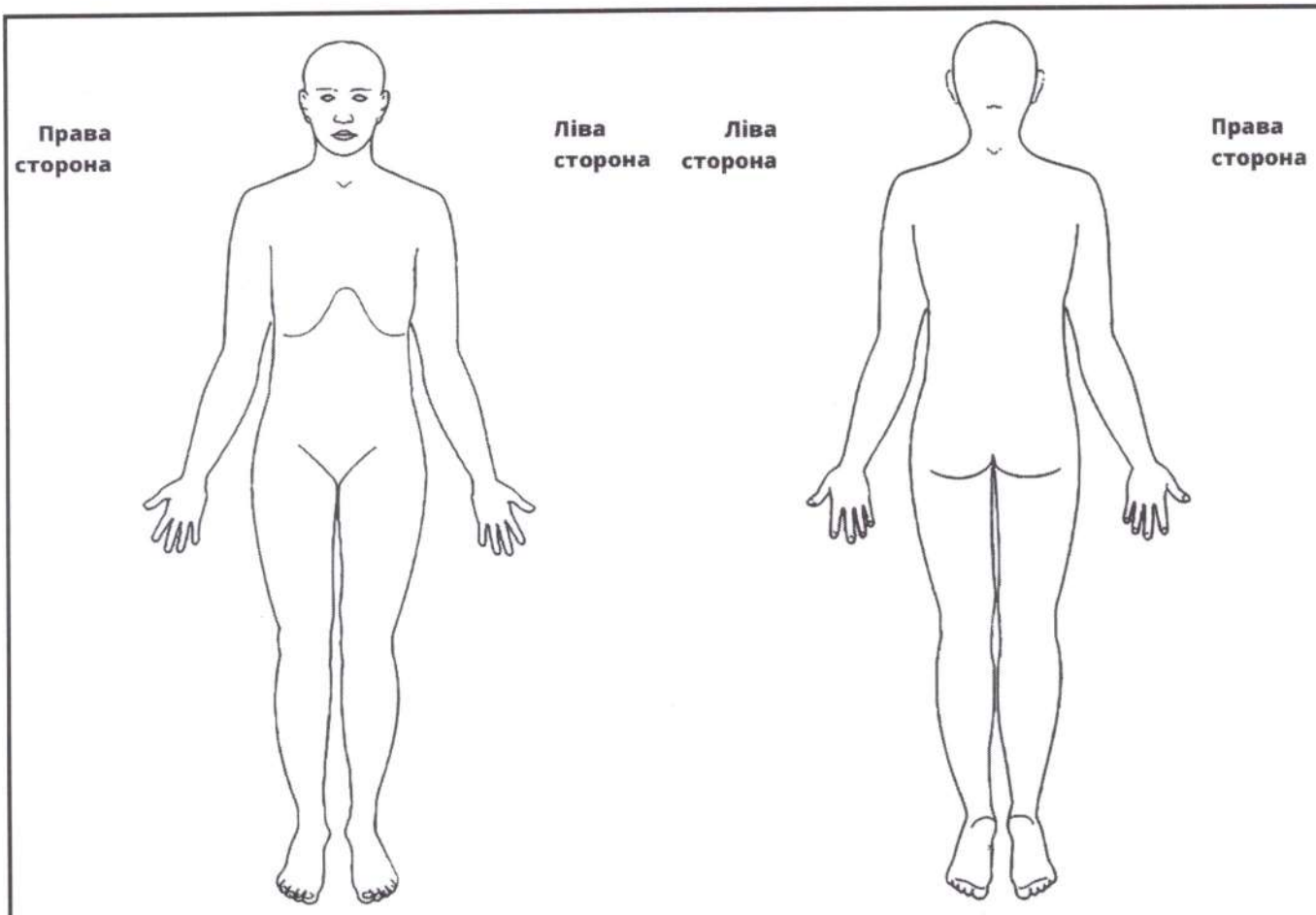


Схема 1. Локалізація тілесних ушкоджень, загальний вид тіла людини спереду та ззаду

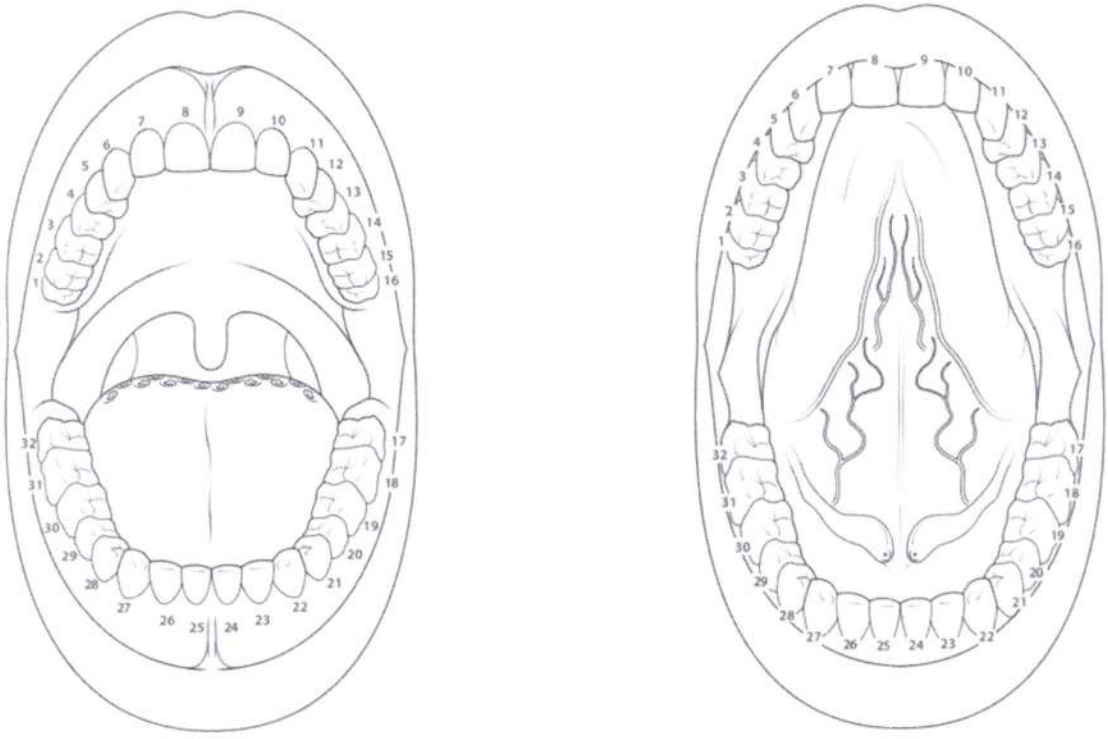


Схема 2. Локалізація тілесних ушкоджень, ротова порожнина та зуби

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

4) Огляд аногенітальної ділянки:
Ушкодження, виявлені при огляді аногенітальної ділянки у жінок / дівчаток, ймовірно пов'язані з випадком (опишіть всі наявні тілесні ушкодження, їх розташування, кількість, орієнтацію, розмір, форму, колір, поверхню, межі / краї, наявність кровотечі, виділень та сторонніх забруднень, за можливості використовуючи надані в Таблиці 1 позначення основних типів ушкоджень, нанесіть їх на Схему 3):

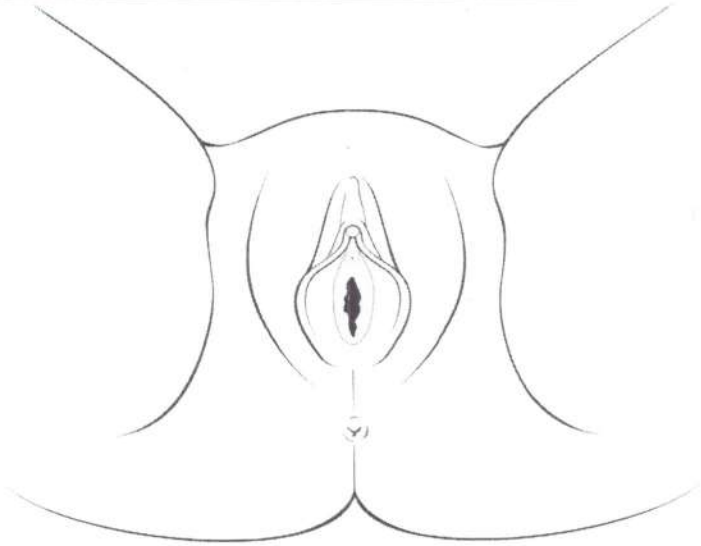


Схема 3. Локалізація тілесних ушкоджень, жіноча аногенітальна ділянка

☐ Внутрішня поверхня стегон:

☐ Промежина/ задня спайка статевих губ (підкреслити необхідне):

☐ Уретра/ периуретральна ділянка (підкреслити необхідне):

☐ Великі статеві губи:

☐ Малі статеві губи:

☐ Гімен (дівоча перетинка):

☐ Клітор та навколишні тканини:

☐ Сідниці / шкіра навколо анусу / сфінктер / слизова оболонка прямої кишки (підкреслити необхідне):

☐ Піхва:

☐ Шийка матки:

☐ Інше (зазначити):

☐ Ушкодження аногенітальної ділянки на момент обстеження не виявлені

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Огляд аногенітальної ділянки:
Ушкодження, виявлені при огляді аногенітальної ділянки у чоловіків / хлопчиків, ймовірно пов'язані з випадком (опишіть всі наявні тілесні ушкодження, їх розташування, кількість, розмір, орієнтацію, форму, колір, поверхню, межі / краї, наявність кровотечі, виділень та сторонніх забруднень, за можливості використовуючи надані в Таблиці 1 позначення основних ушкоджень, нанесіть їх на Схему 4):

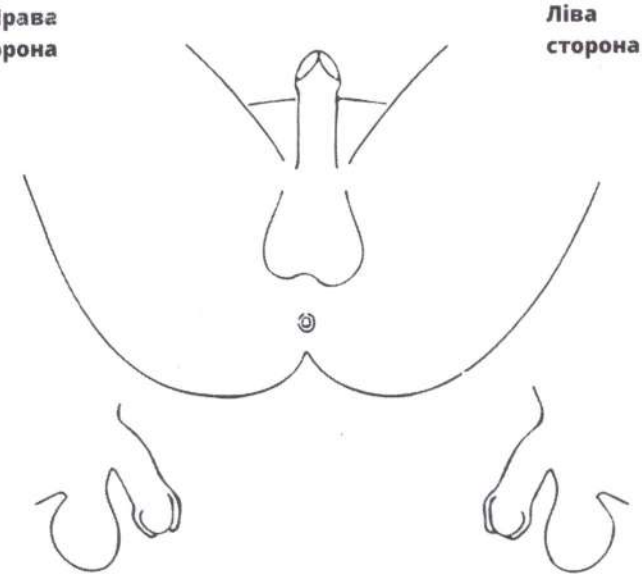


Схема 4. Локалізація тілесних ушкоджень, чоловіча аногенітальна ділянка

☐ Внутрішня поверхня стегон:

☐ Промежина

☐ Уретра / періуретральна ділянка (підкреслити необхідне):

☐ Статевий член:

☐ Калитка:

☐ Яєчка:

☐ Сідниці / шкіра навколо анусу / сфінктер / слизова оболонка прямої кишки (підкреслити необхідне):

☐ Інше (зазначити):

☐ Ушкодження аногенітальної ділянки на момент обстеження не виявлені

Якщо не виявлено тілесних ушкоджень після проведення повного медичного обстеження тіла постраждалої особи, зробіть відповідну позначку:

☐ Ушкодження на момент обстеження не виявлені

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

6. Оцінка ризиків, проведені лікувальні та діагностичні заходи (виберіть всі варіанти, що підходять):		
Лікування тілесних ушкоджень:	☐ Ні	☐ Так (зазначити)
Тестування на ВІЛ:	☐ Ні	☐ Так
Постконтактна профілактика ВІЛ-інфекції:	☐ Ні	☐ Так (зазначити)
Вакцинація від гепатиту В до випадку:	☐ Ні	☐ Так
Проведено вакцинацію від гепатиту В:	☐ Ні	☐ Так
Вакцинація від правця до випадку:	☐ Ні	☐ Так (зазначити дату попередньої)
Проведено профілактику правця:	☐ Ні	☐ Так (зазначити)
Тест на вагітність:	☐ Ні	☐ Так (зазначити результат)
Екстрена контрацепція:	☐ Ні	☐ Так (зазначити)
Діагностика ІПСШ:	☐ Ні	☐ Так (зазначити результат)
Постконтактна профілактика ІПСШ:	☐ Ні	☐ Так (зазначити)
Інші проведені діагностичні та лікувальні заходи (зазначити) _____ _____ _____ _____		

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

7. Інформування та подальше спостереження (виберіть всі варіанти, що підходять):

Необхідність подальшого медичного спостереження:	☐ Ні	☐ Так (зазначити)
Призначення наступного візиту до закладу охорони здоров'я:	☐ Ні	☐ Так (зазначити дату)
Постраждала особа має безпечне місце для перебування:	☐ Ні	☐ Так

Надано інформацію про: ☐ Служби надання психосоціальної допомоги ☐ Притулки
☐ Суб'єктів безоплатної правничої допомоги ☐ Правоохоронні органи

Довідку заповнено у 2-х примірниках (на ____сторінках) медичним працівником та надано постраждалій особі або його / її законному представнику, який / яка не є кривдником (підкреслити потрібне).

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) медичного працівника _____

_____

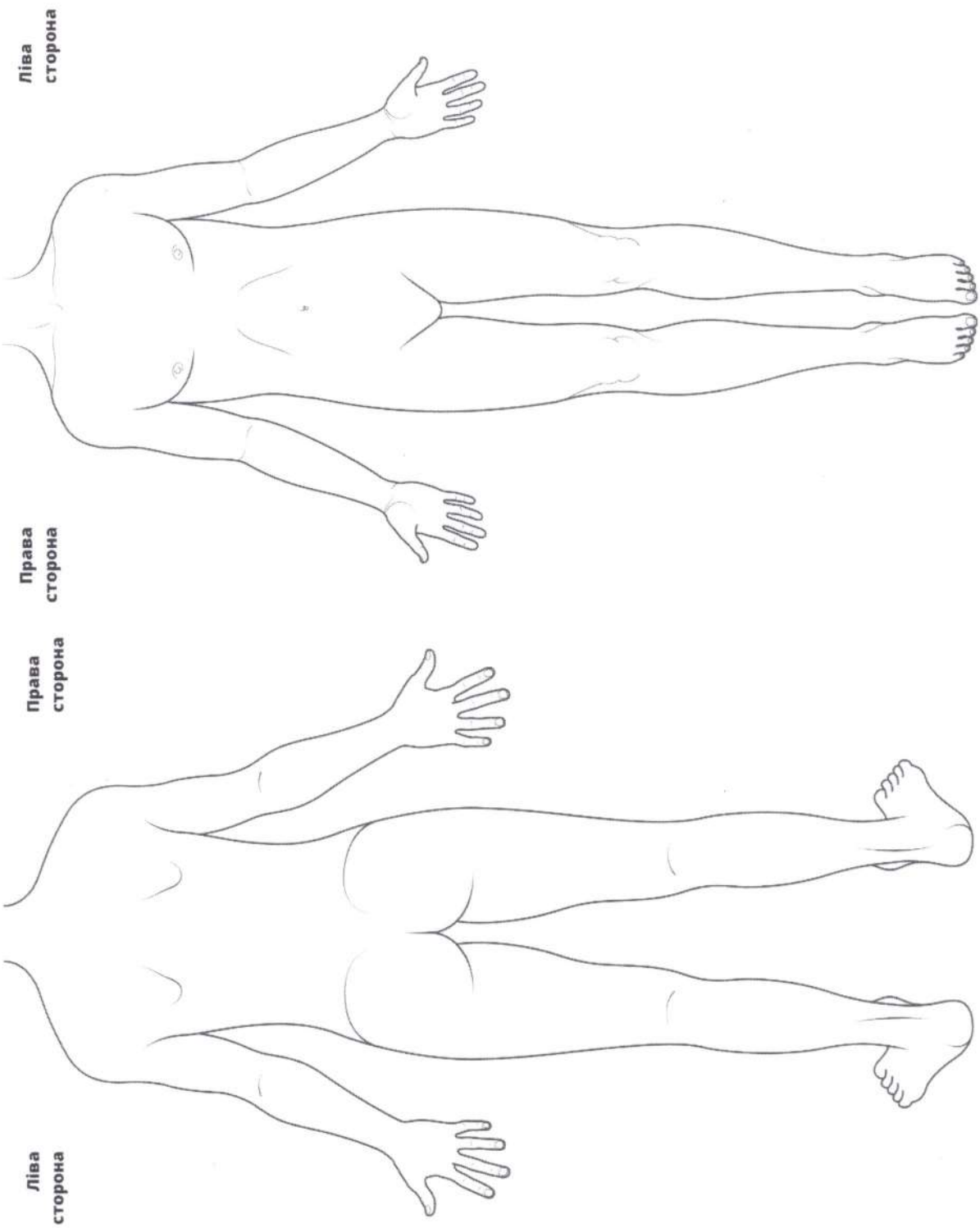
Посада медичного працівника _____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Продовження довідки про документування результатів медичного обстеження осіб, які постраждали або ймовірно постраждали від домашнього насильства та/або інших видів насильства

Додаткова схема 1. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд тіла людини, вид спереду та ззаду



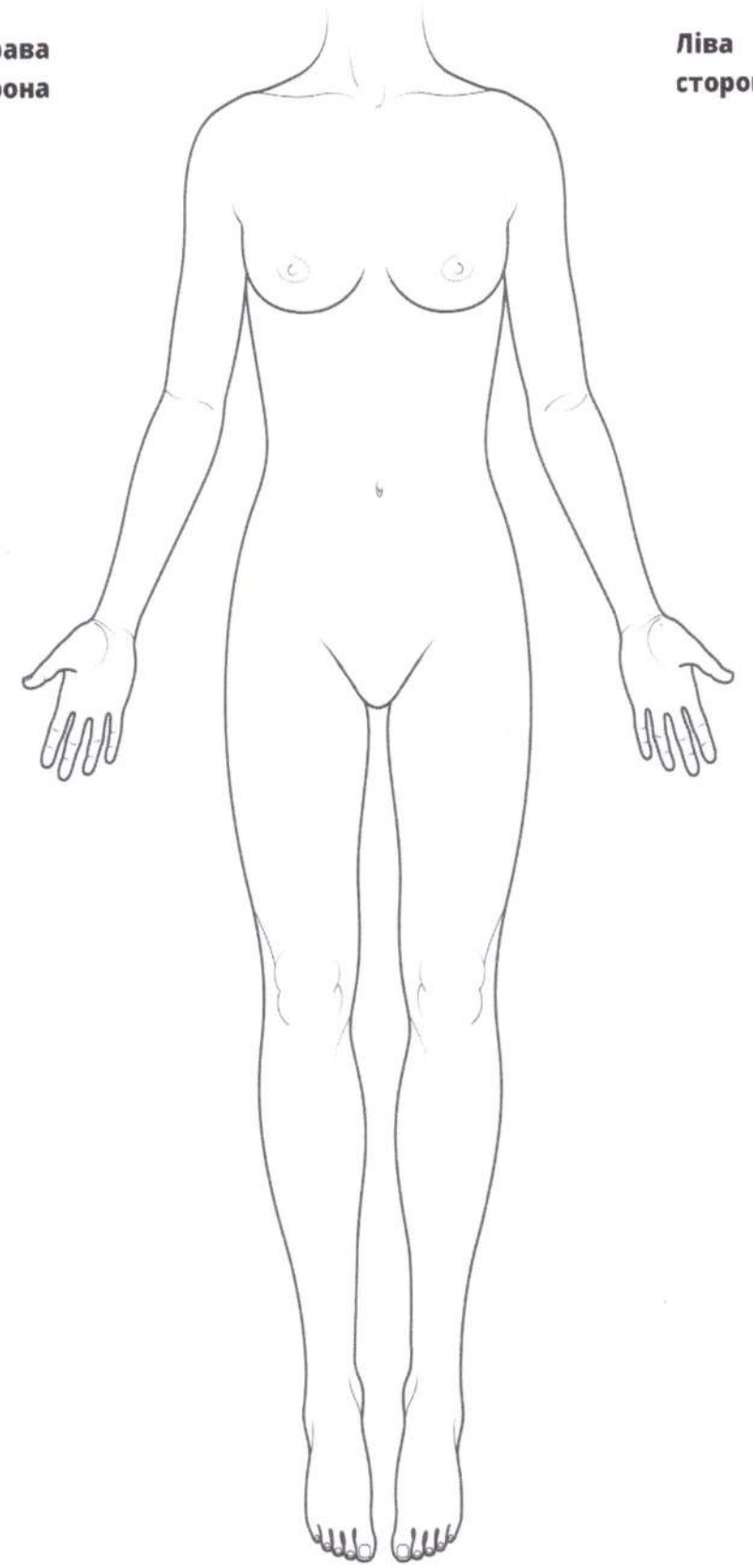
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 2. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд тіла жінки, вид спереду



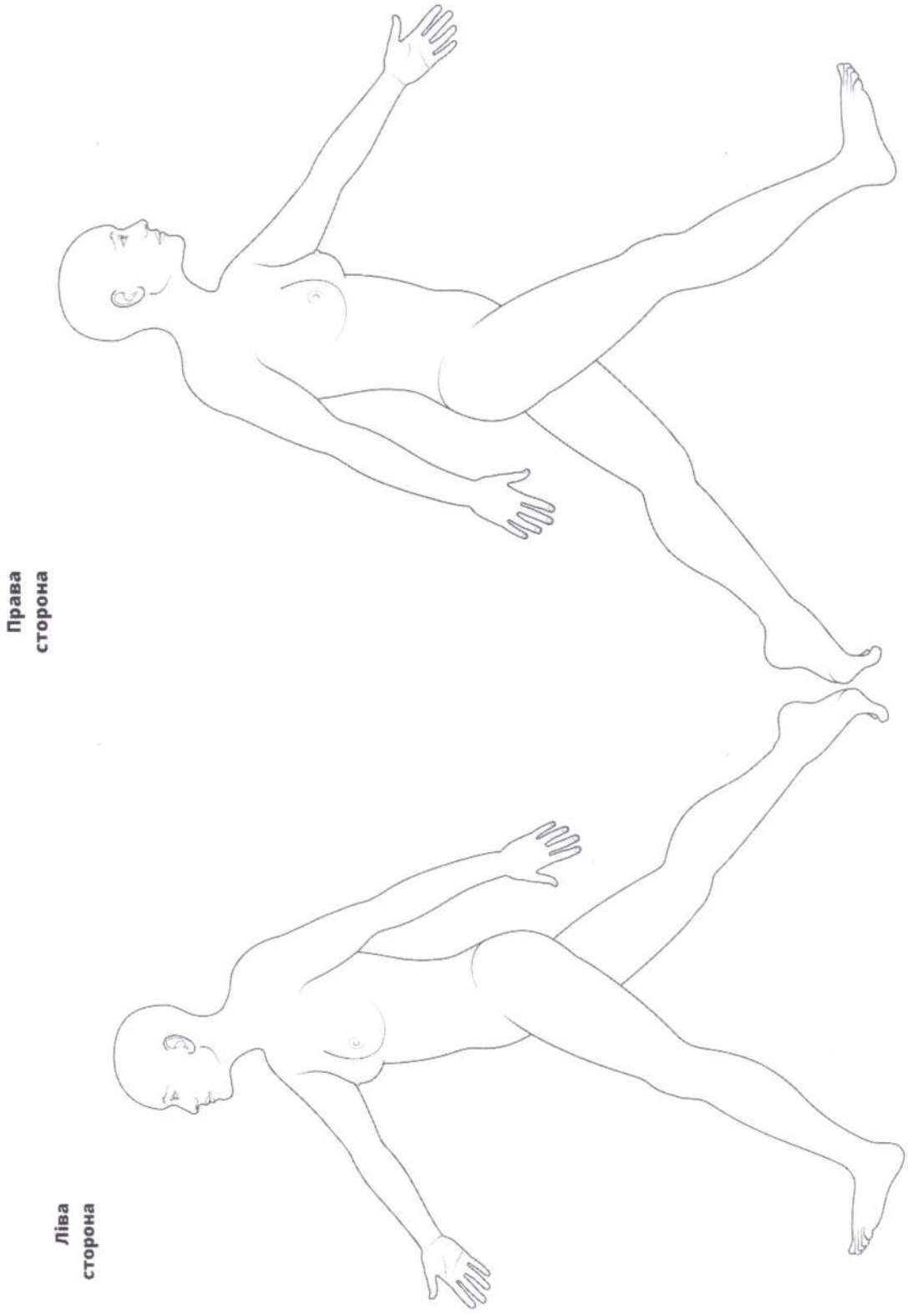
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 3. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд бокових поверхонь тіла жінки, вид праворуч та ліворуч



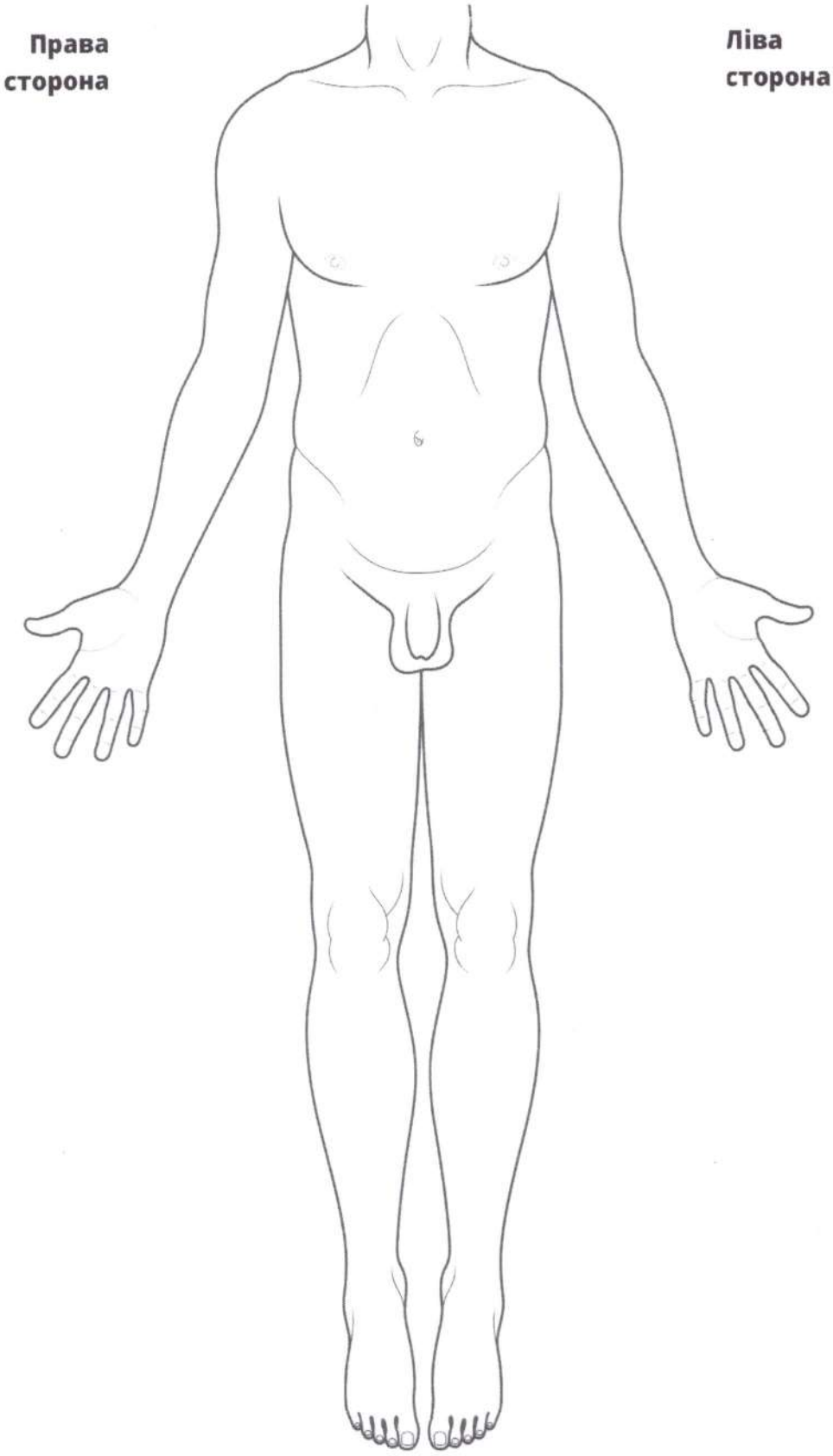
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 4. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд тіла чоловіка, вид спереду



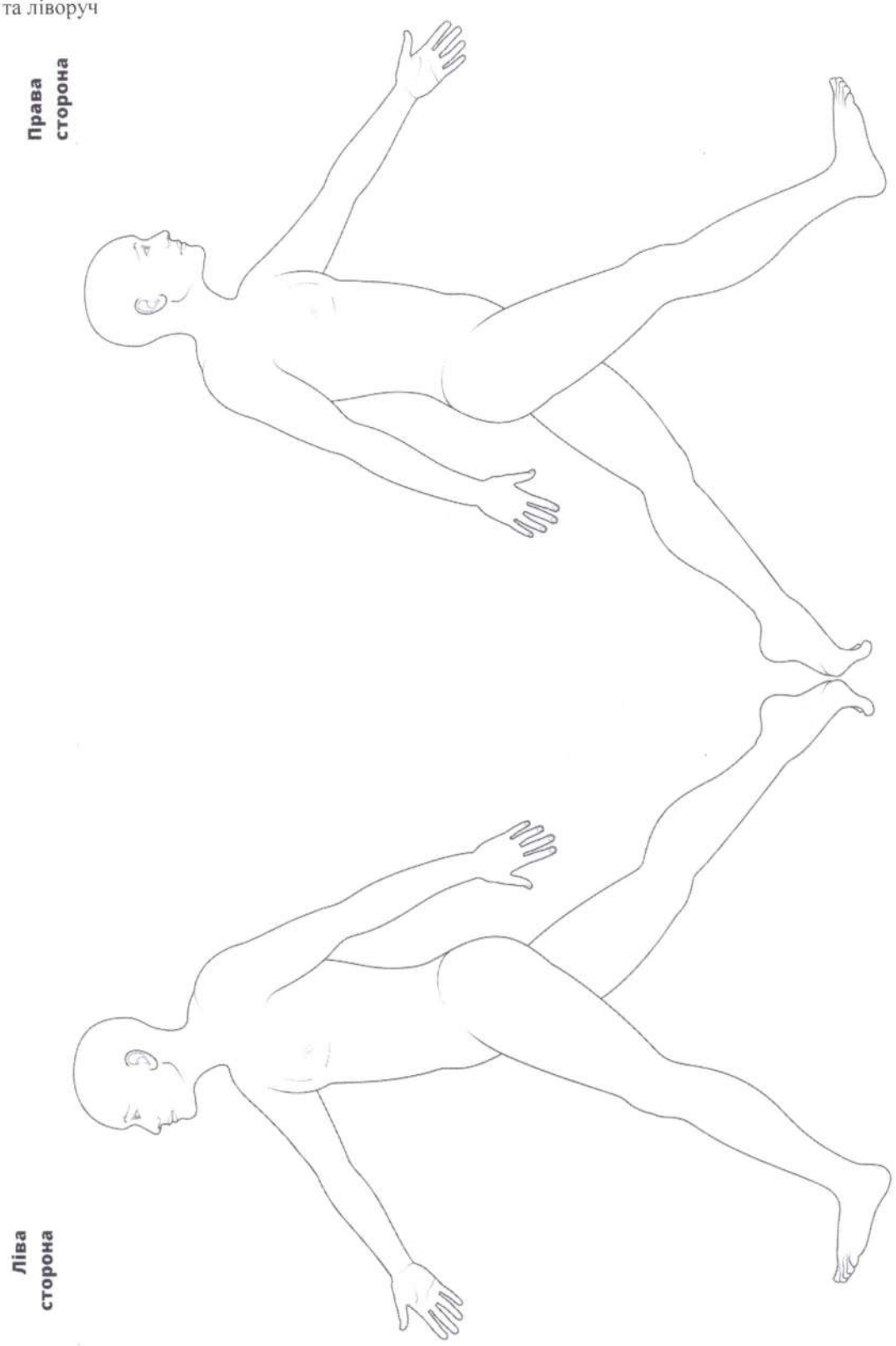
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 5. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд бокових поверхонь тіла чоловіка, вид праворуч та ліворуч



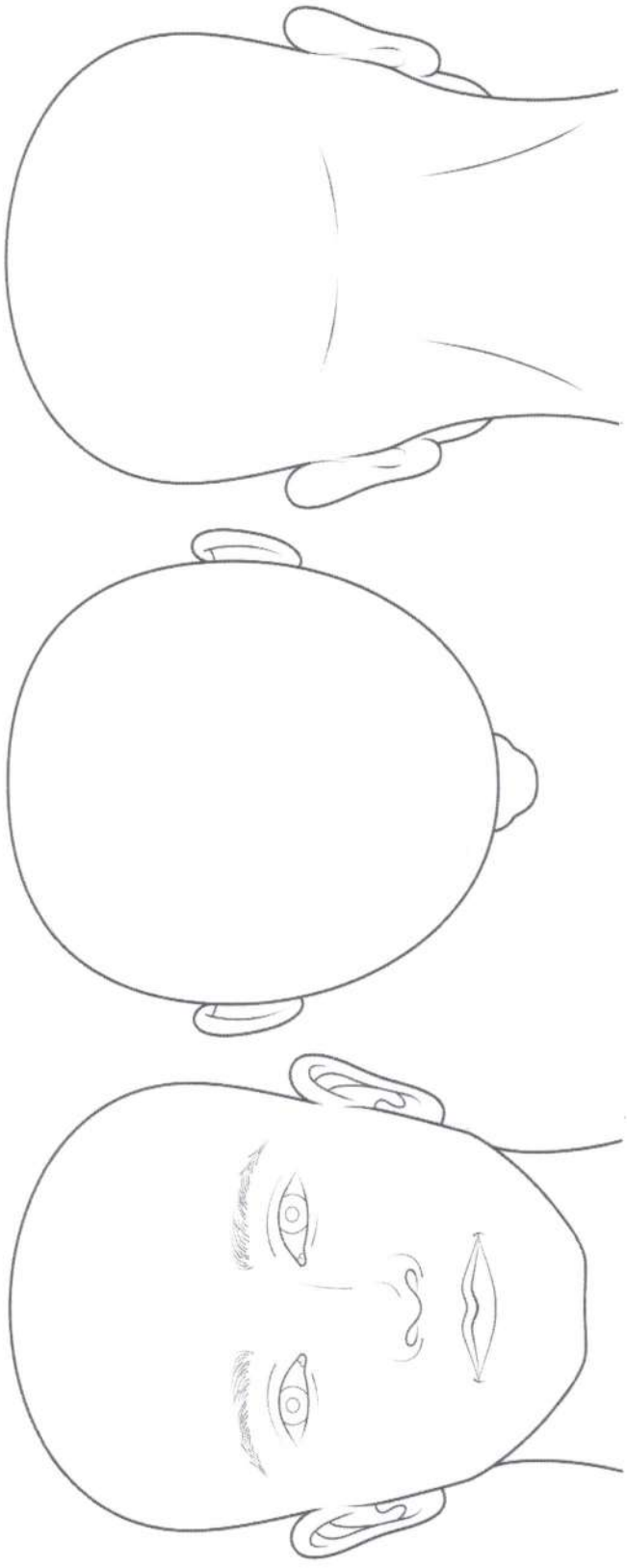
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 6. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд голови, вид зверху, знизу та ззаду



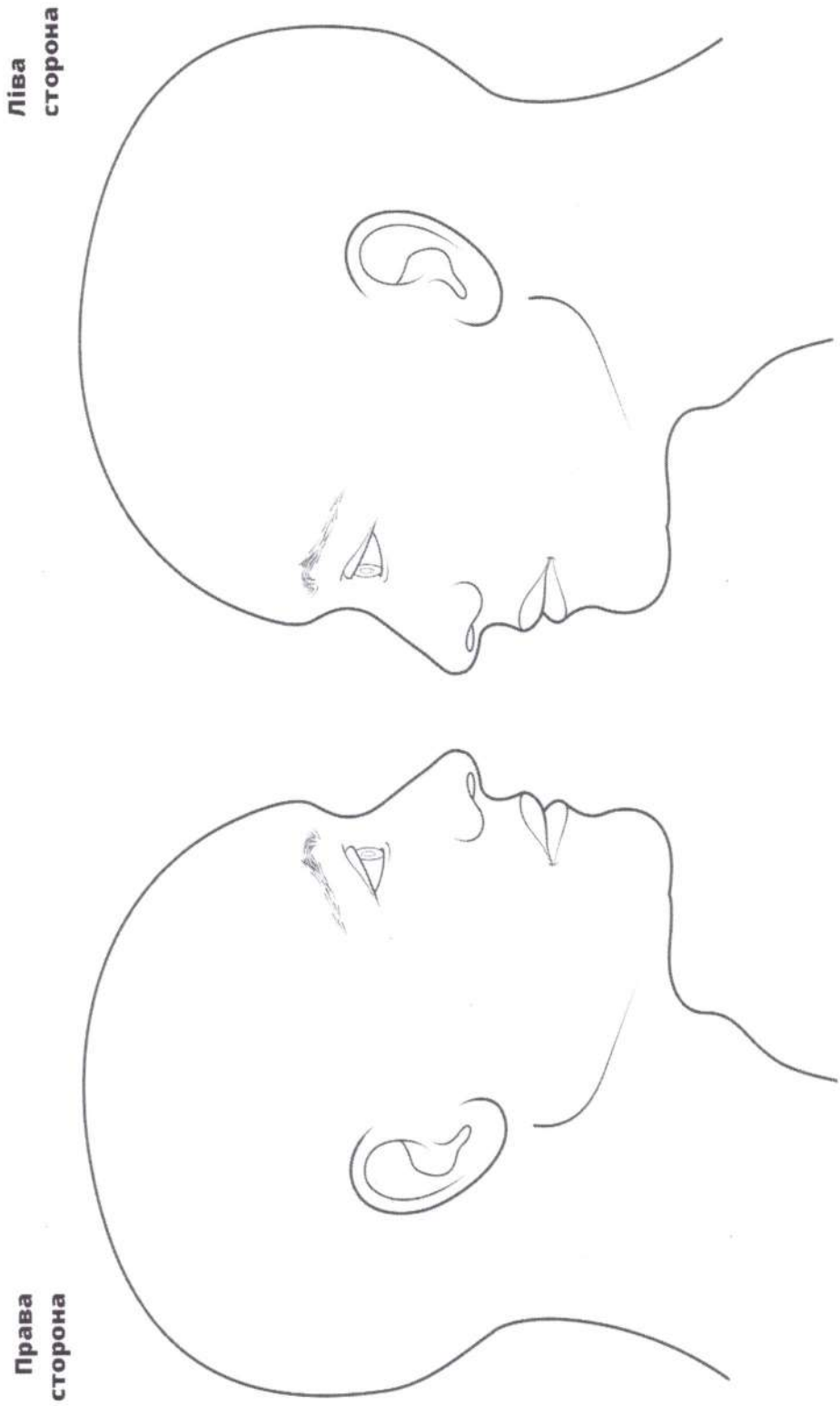
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 7. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд бокових поверхонь голови, вид праворуч та ліворуч



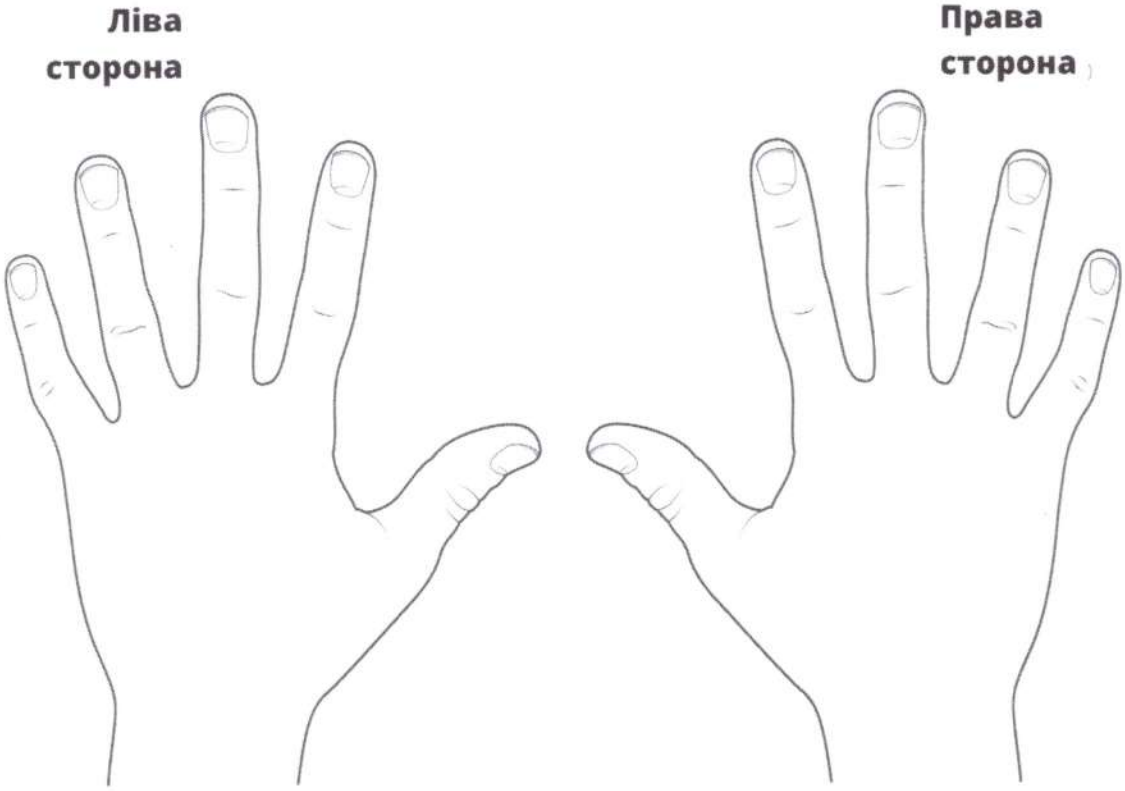
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

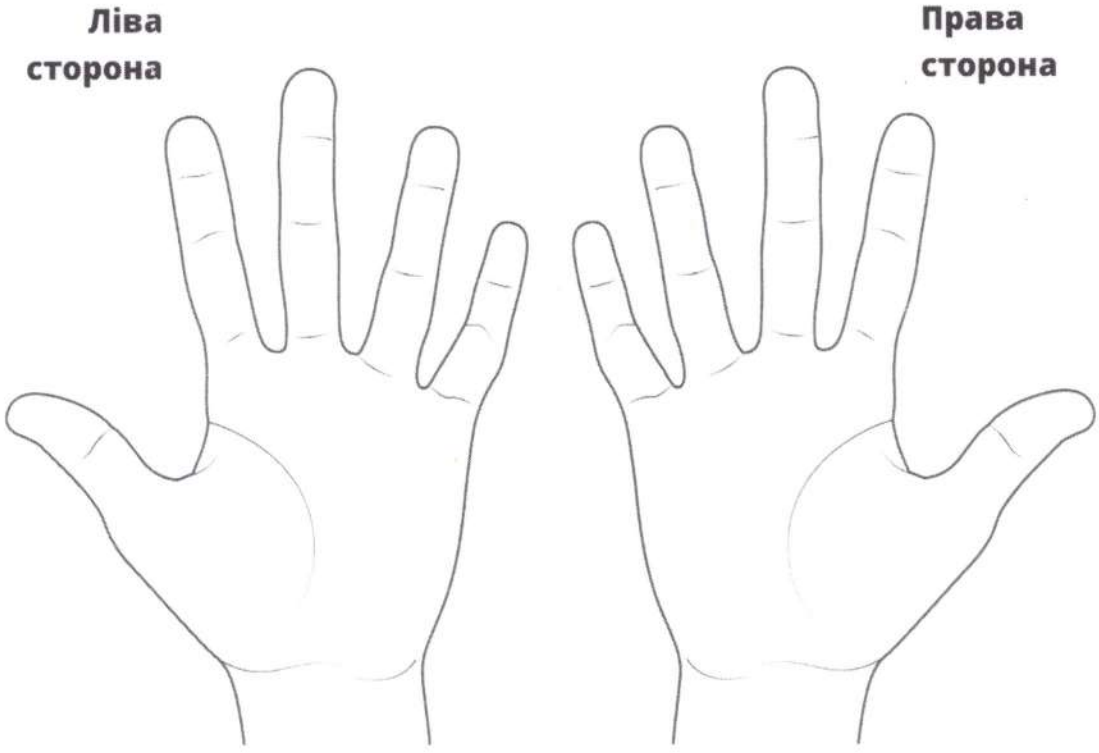
_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 8. Локалізація тілесних ушкоджень. Кисті: тильна та долонна поверхні





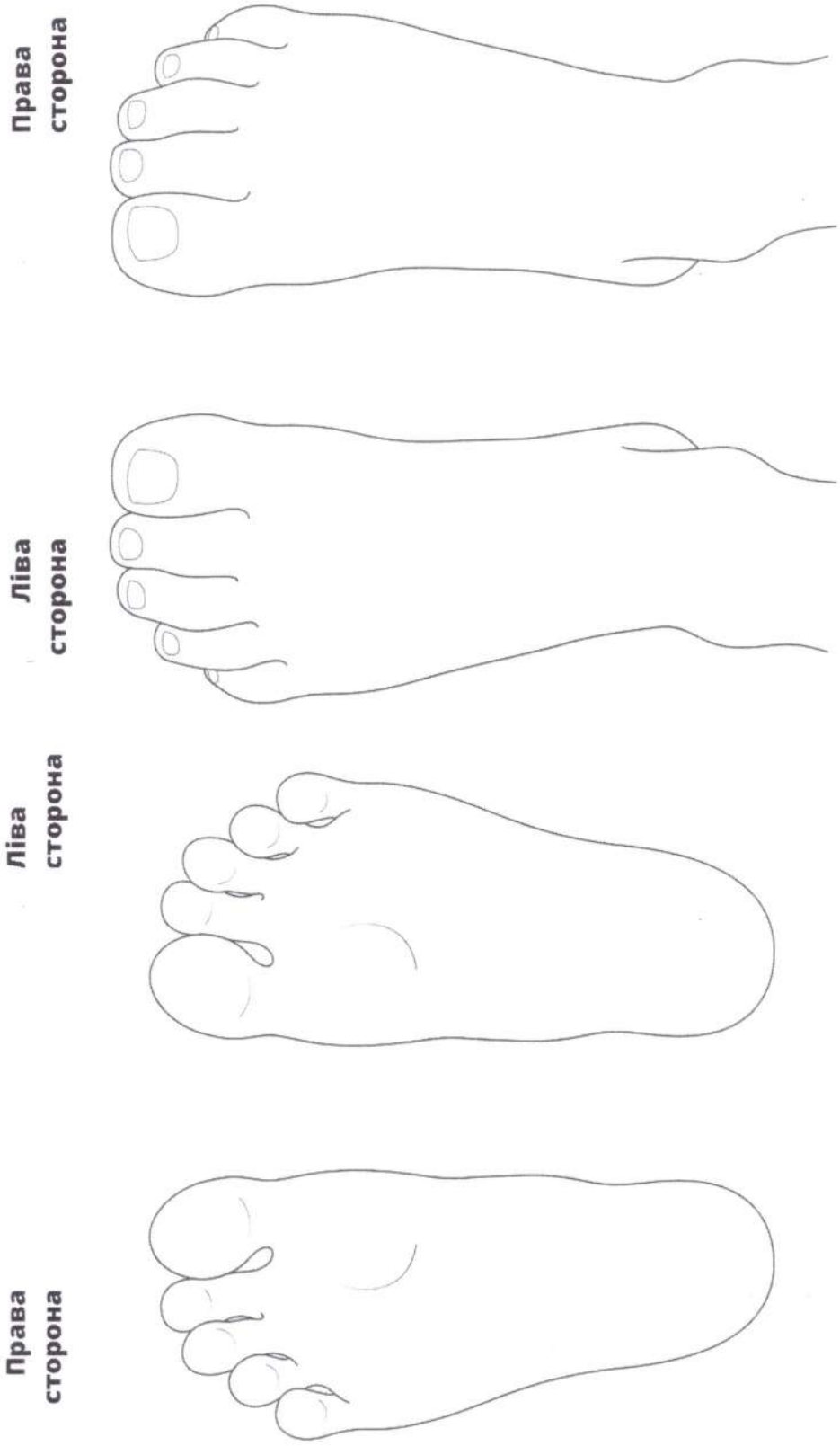
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 9. Локалізація тілесних ушкоджень. Стопи: тильна та підошовна поверхні



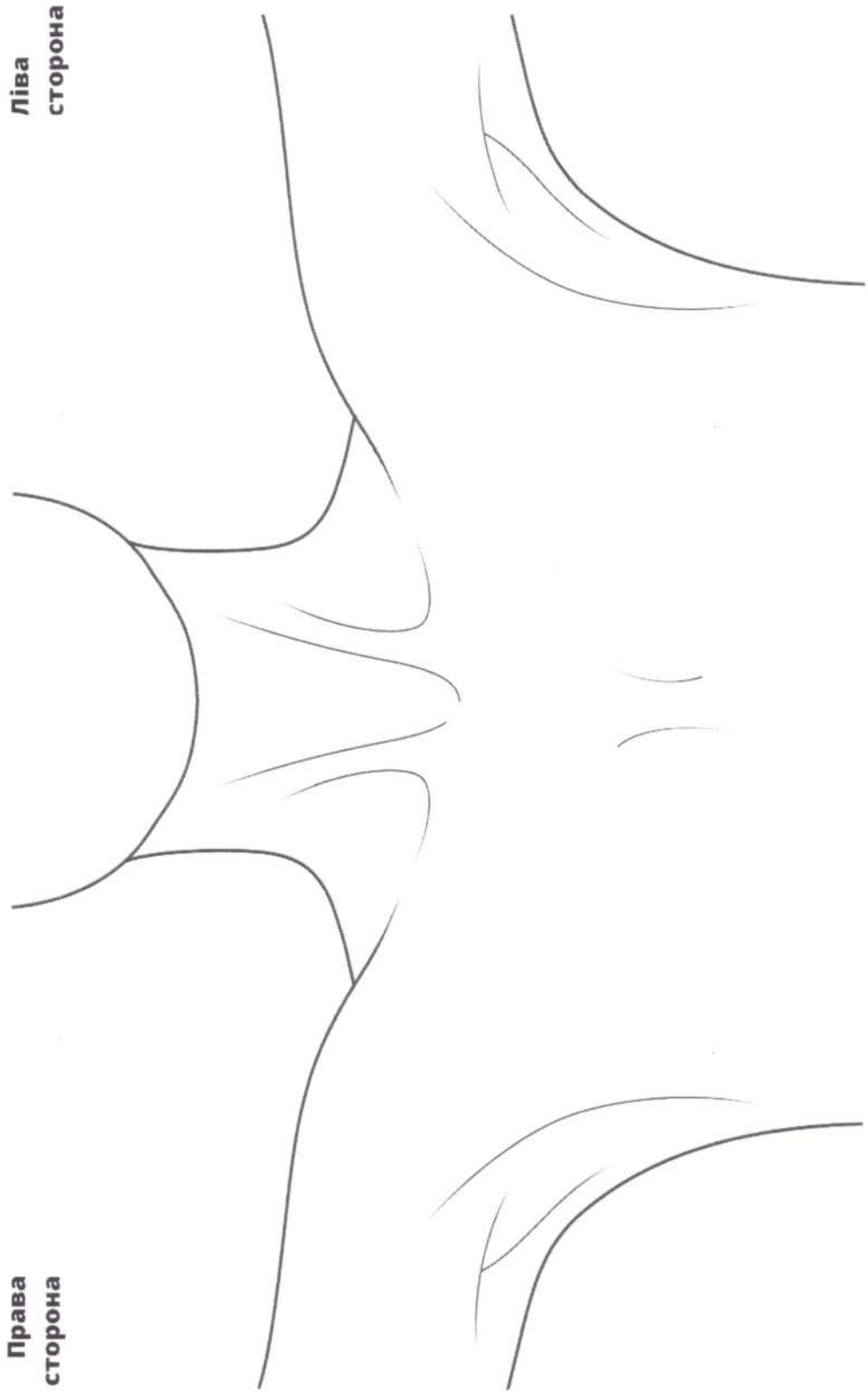
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 10. Локалізація тілесних ушкоджень. Шия, частина грудної клітки, пахви, вид спереду



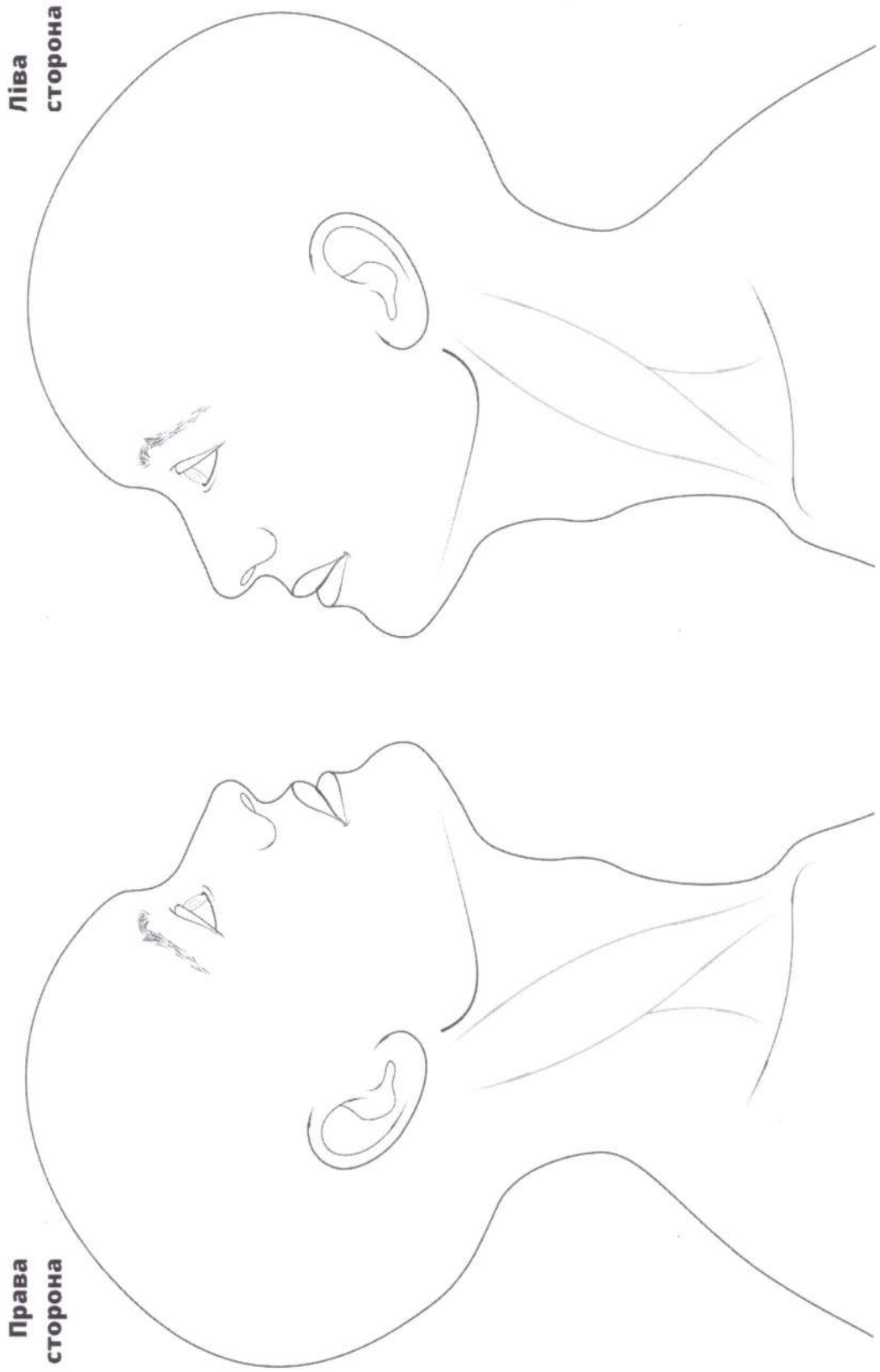
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 11. Локалізація тілесних ушкоджень. Бокові поверхні шиї та голови, вид ліворуч та праворуч



Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

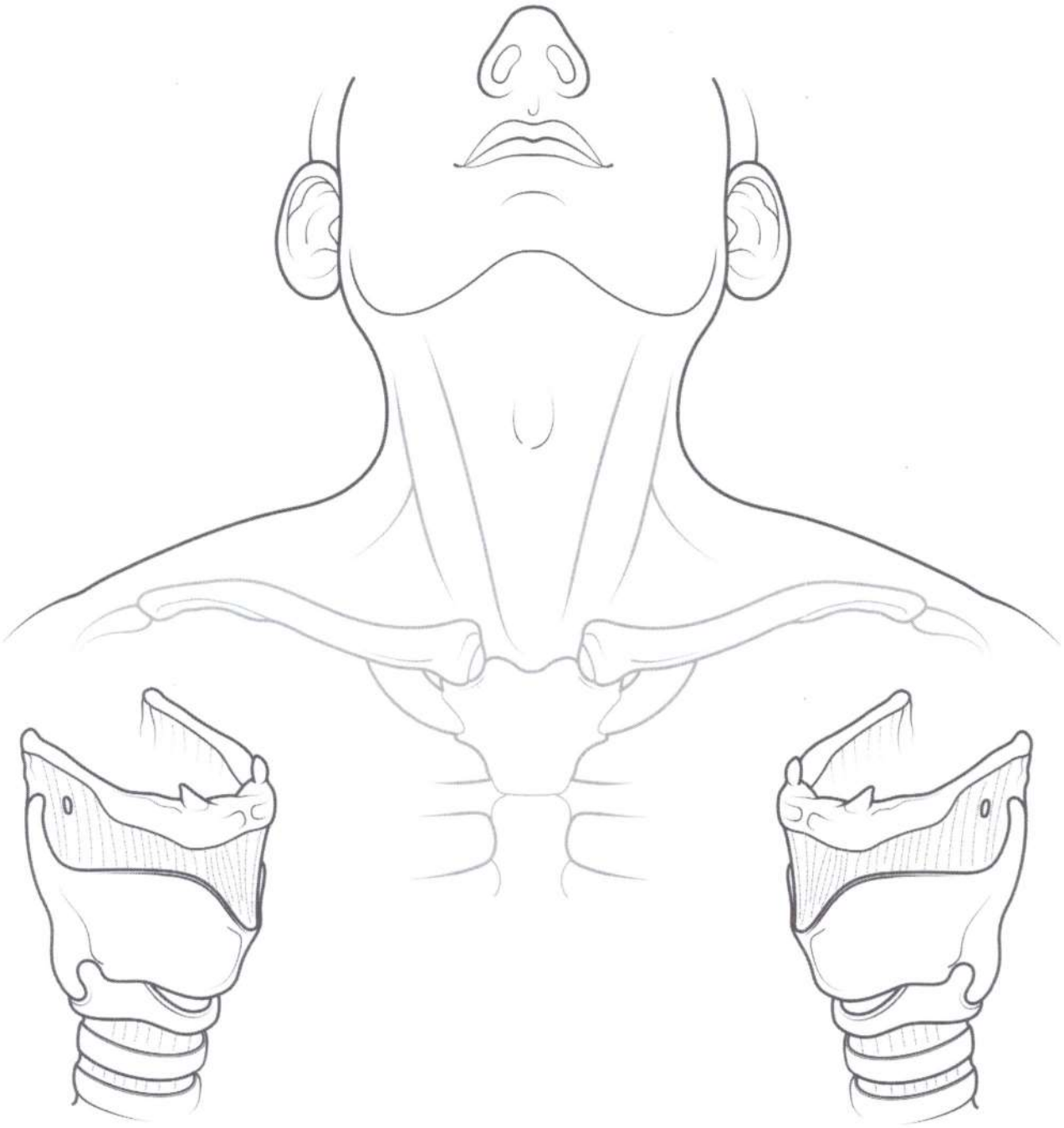
М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 12. Локалізація тілесних ушкоджень. Шия, частина грудної клітки, гортань, вид спереду

Права сторона

Ліва сторона



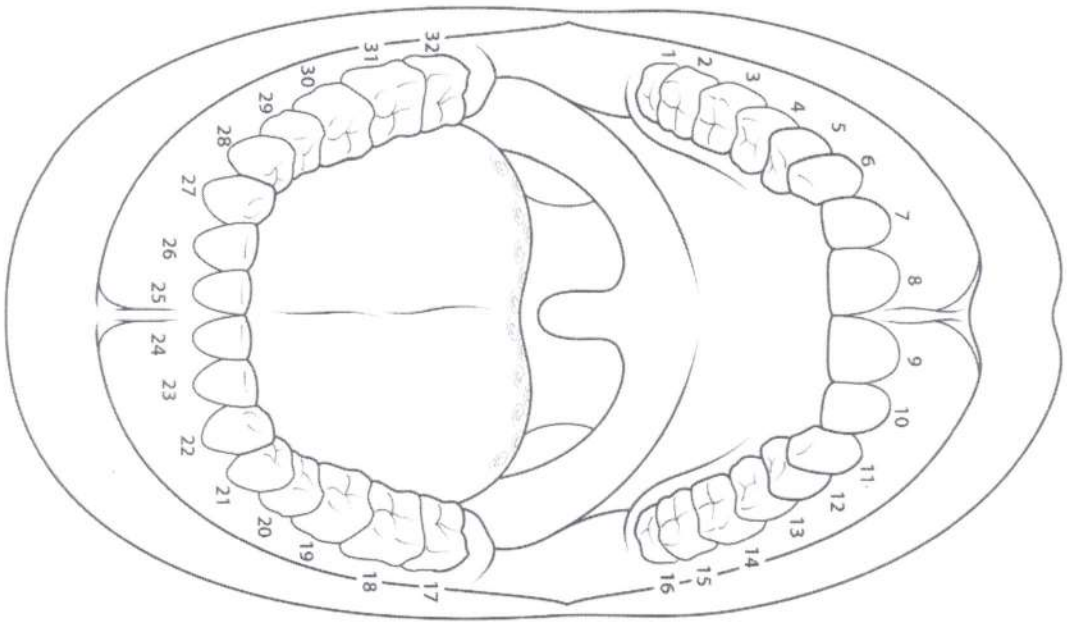
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

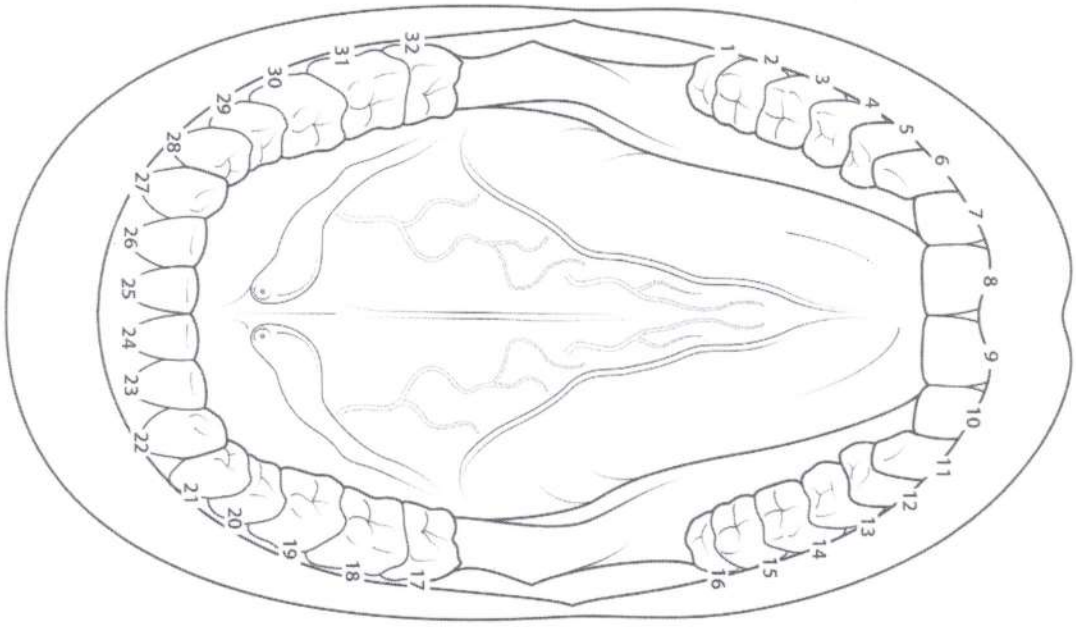
_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 13. Локалізація тілесних ушкоджень. Ротова порожнина та зуби





Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 14. Локалізація тілесних ушкоджень. Барабанна перетинка, вид праворуч та ліворуч

Права сторона





Ліва сторона

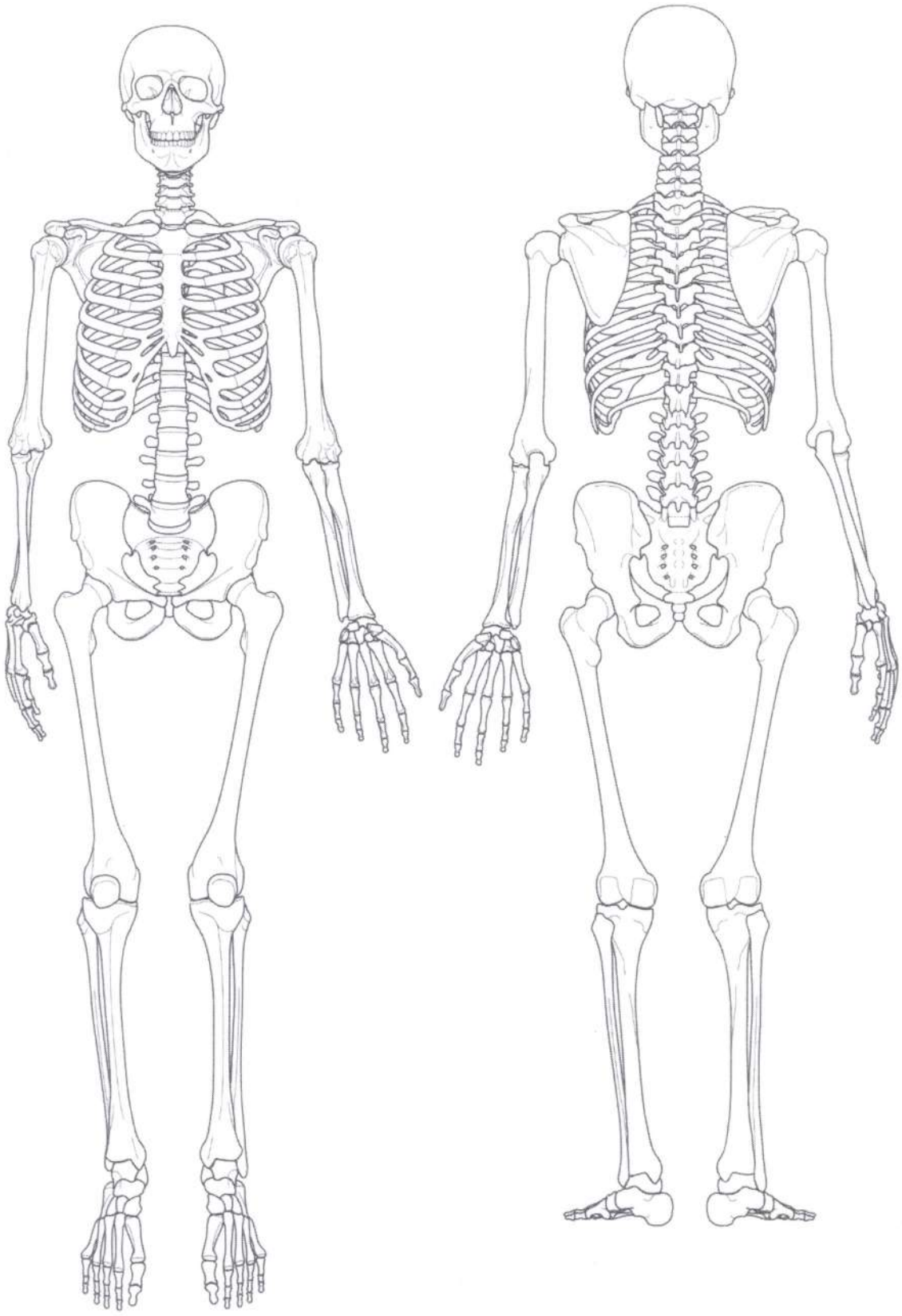
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 15. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд скелета та черепа, вигляд спереду та ззаду



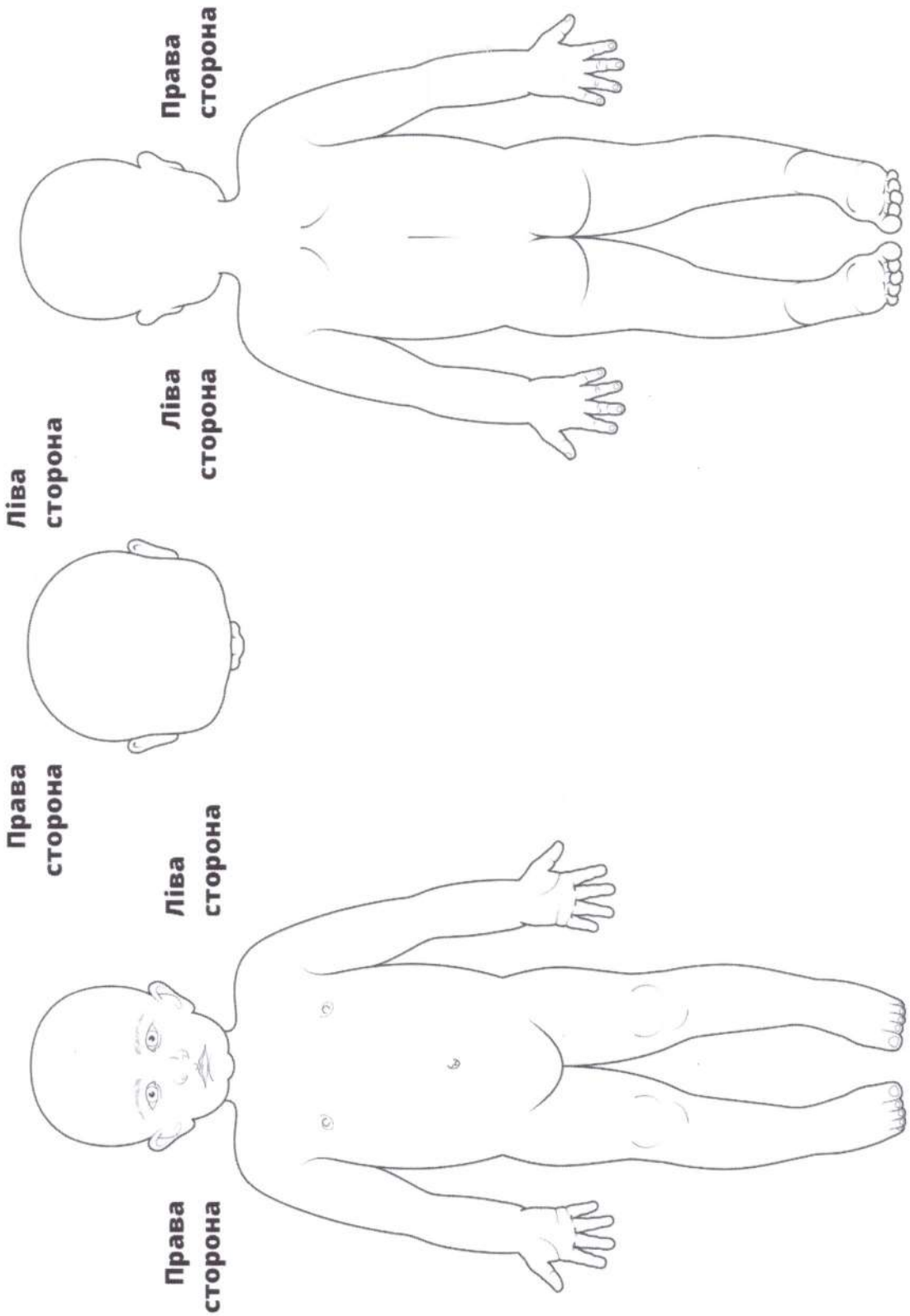
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 16. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд тіла дитини, вид спереду та ззаду. Вид голови дитини зверху



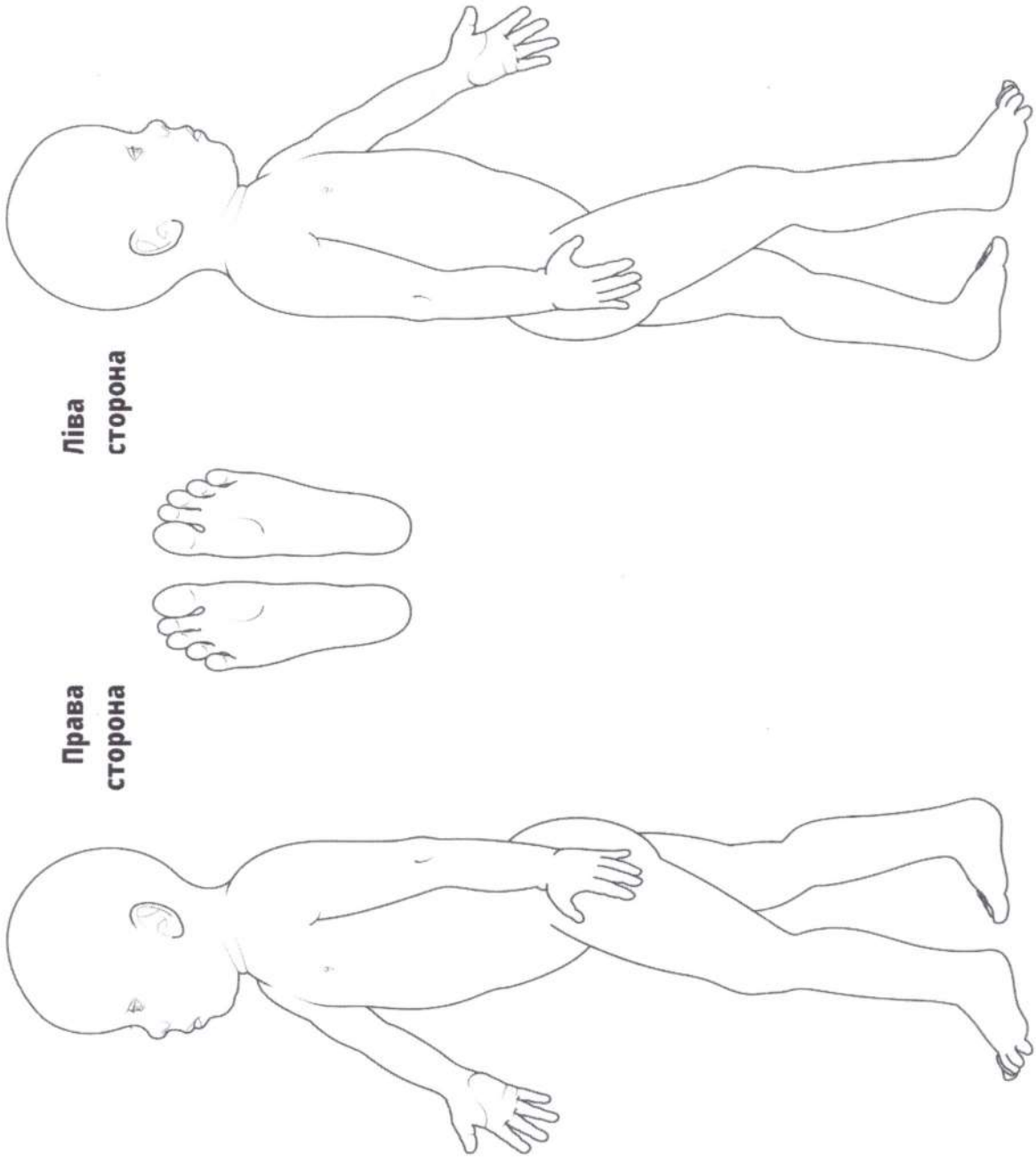
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

Додаткова схема 17. Локалізація тілесних ушкоджень. Загальний вигляд бокових поверхонь тіла дитини, вид праворуч та ліворуч. Підошовні поверхні стоп



Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) постраждалої особи

_____

М.П (за наявності)

(Підпис медичного працівника)

В. о. генерального директора Директорату стратегічного планування та координації **Любов БЕРШАДСЬКА**