

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

від 20 жовтня 2026 року № 1615

**Методичні рекомендації
щодо клінічної фіксації тілесних ушкоджень та інших наслідків
неналежного поводження, які могли бути завдані працівниками
правоохоронних та інших державних органів**

I. Вступ

1. Запобігання катуванням та іншим формам неналежного поводження, а також забезпечення ефективного реагування на повідомлення про такі випадки є складовою виконання Україною національних та міжнародних зобов'язань у сфері прав людини, передбачених, зокрема, Стратегією протидії катуванням у системі кримінальної юстиції, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 жовтня 2021 року № 1344-р (в редакції розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2024 року № 820-р), та планом заходів з її реалізації, затвердженим цим розпорядженням.

2. Актуальність забезпечення належної фіксації тілесних ушкоджень підтверджується, зокрема, наведеними у згаданій Стратегії даними про зростання кількості звернень до закладів охорони здоров'я у зв'язку із заподіянням працівниками правоохоронних органів тілесних ушкоджень: з 1217 осіб у 2015 році до 1666 осіб у 2016 році та 2386 осіб у 2017 році. Ці дані, серед іншого, засвідчили необхідність удосконалення та уніфікації підходів до медичного документування тілесних ушкоджень у випадках можливого неналежного поводження з боку працівників правоохоронних органів.

3. Належна клінічна фіксація тілесних ушкоджень має одночасно забезпечувати потреби пацієнта у медичній допомозі, точність і повноту медичної документації, дотримання автономії, гідності та конфіденційності особи, а також належне збереження інформації, яка у передбачених законодавством випадках може мати значення для подальшого розслідування.

4. Для забезпечення уніфікованого підходу до такого документування в Україні запроваджено форму первинної облікової документації № 511/о «Довідка № ____ про фіксацію тілесних ушкоджень» (далі – Форма № 511/о) та Інструкцію щодо її заповнення (далі – Інструкція), затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (зі змінами, внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02 лютого 2024 року № 186).

Їх розроблення здійснювалося на виконання заходів Плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на 2021–2023 роки, затвердженого розпорядженням КМУ від 23 червня 2021 року № 756-р, якими передбачалося запровадження стандарту медичного документування катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання відповідно до принципів і процедур Стамбульського протоколу.

5. Форма № 511/о застосовується у випадках, визначених зазначеною Інструкцією, у тому числі при виявленні тілесних ушкоджень, що можуть свідчити про протиправний характер їх заподіяння, включаючи катування та інші форми жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження і покарання. У випадках, що належать до сфери застосування цих Методичних рекомендацій та одночасно відповідають підставам для заповнення Форми № 511/о, фіксація тілесних ушкоджень здійснюється із застосуванням зазначеної форми.

6. Ці Методичні рекомендації розроблено відповідно до національного законодавства України та на продовження реалізації визначених національними стратегічними документами заходів, спрямованих на удосконалення системи запобігання катуванням і забезпечення належного медичного документування їх наслідків. Водночас рекомендації враховують положення Стамбульського протоколу 2002 року – міжнародного керівництва ООН щодо ефективного розслідування і документування катувань та інших видів жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання, що ґрунтується на міжнародно визнаних стандартах, доказових підходах та кращих практиках у сфері медичного документування катувань і неналежного поводження. Такий підхід має забезпечити подальший розвиток національної системи документування тілесних ушкоджень із одночасним урахуванням міжнародних стандартів та сучасної клінічної практики.

II. Загальні положення та сфера застосування методичних рекомендацій

1. Метою цих Методичних рекомендацій (далі – Рекомендації) є уніфікація підходів медичних працівників до виявлення, клінічного опису та документування тілесних ушкоджень, які за повідомленими обставинами або клінічними ознаками можуть бути пов'язані з діями працівників правоохоронних чи інших державних органів.

2. Рекомендації призначені для медичних працівників закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, у тому числі закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу особам, які тримаються в місцях несвободи, та можуть застосовуватися при наданні екстреної, первинної, спеціалізованої медичної допомоги з урахуванням компетенції конкретного фахівця.

3. Рекомендації охоплюють питання клінічної фіксації фізичних та психологічних наслідків катування та іншого неналежного поводження, проте не підміняють судово-медичну та інші види експертизи, процесуальну оцінку доказів або правову кваліфікацію діяння. Разом з цим точність медичної

документації, складеної за результатами клінічної фіксації, може суттєво підвищити інформативність судових експертиз, у разі їх призначення.

4. У цих Рекомендаціях терміни вживаються в таких значеннях:

Тілесне ушкодження – порушення анатомічної цілості тканин, їх функцій, що виникає як наслідок дії одного чи кількох зовнішніх ушкоджуючих факторів (фізичних, хімічних, біологічних, психотравмуючих).

Катування – у значенні статті 1 Конвенції ООН проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання, означає будь-яку дію, якою будь-якій особі навмисне заподіюються сильний біль або страждання, фізичне чи моральне, щоб отримати від неї або від третьої особи відомості чи визнання, покарати її за дії, які вчинила вона або третя особа чи у вчиненні яких вона підозрюється, а також залякати чи примусити її або третю особу, чи з будь-якої причини, що ґрунтується на дискримінації будь-якого виду, коли такий біль або страждання заподіюються державними посадовими особами чи іншими особами, які виступають як офіційні, чи з їх підбурювання, чи з їх відома, чи за їх мовчазної згоди. У це визначення не включаються біль або страждання, що виникають внаслідок лише законних санкцій, невіддільних від цих санкцій або які спричиняються ними випадково.

Неналежне поводження – катування, а також інші жорстокі, нелюдські або такі, що принижують гідність, види поводження і покарання.

Клінічна фіксація – систематичне внесення до медичної документації відомостей про скарги, анамнез, обставини, об'єктивні знахідки, результати інструментальних та лабораторних досліджень, надану допомогу та подальші рекомендації, пов'язані з можливим катуванням або іншим неналежним поводженням.

Інформована згода – добровільна згода особи на клінічну фіксацію тілесних ушкоджень та інших наслідків можливого неналежного поводження (що охоплює збір анамнезу, повідомлених обставин, проведення обстеження та інші необхідні заходи), отримана після надання їй доступної інформації про мету, характер, можливі наслідки, використання і зберігання інформації та межі конфіденційності.

Повторна травматизація (ретравматизація) – виникнення або посилення психологічного дистресу чи інших негативних психічних і фізіологічних реакцій, пов'язаних із попереднім травматичним досвідом, унаслідок ситуацій, взаємодій або процедур, що нагадують про цей досвід чи відтворюють окремі його елементи. Під час надання медичної допомоги такими чинниками можуть бути, зокрема, повторне детальне опитування про травматичні події (катування) без клінічної необхідності, недостатнє забезпечення приватності, фізичний контакт без попередньо отриманої згоди, примусове оголення, обмеження можливості контролювати перебіг огляду або нечутлива комунікація.

III. Етичні стандарти фіксації тілесних ушкоджень

1. До початку огляду медичному працівнику рекомендовано пояснити пацієнтові мету огляду і документування, характер передбачуваних дій, можливість здійснення фотофіксації (за наявності відповідних технічних можливостей для здійснення такої фотофіксації, способів конфіденційного зберігання та передачі цифрових даних та за наявності у медичного працівника навичок зі здійснення фотофіксації), порядок використання та зберігання інформації, осіб або органи, яким інформація може бути передана, а також законодавчо встановлені межі конфіденційності.

2. Згода має бути добровільною та ґрунтуватися на зрозумілій інформації. Пацієнт повинен мати можливість ставити запитання, відмовитися від окремих елементів огляду або, у межах застосовного законодавства, відкликати попередньо надану згоду. Згода на фотофіксацію отримується окремо від згоди на огляд. Відмову від окремих елементів огляду або від фотофіксації зазначають у медичній документації; така відмова не є підставою для відмови в наданні медичної допомоги. Щодо пацієнта віком до 14 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, згоду надають їх законні представники відповідно до статті 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я; думку пацієнта при цьому враховують відповідно до його віку та зрілості.

3. Огляд проводиться в умовах максимально можливої приватності. Для проведення огляду, наскільки це можливо, має використовуватися окреме приміщення, доступ до якого під час огляду обмежений.

4. Організація простору має унеможлиблювати або максимально обмежувати візуальний та аудіальний доступ сторонніх осіб до процесу огляду і спілкування медичного працівника з пацієнтом. Розмова не повинна бути чутною, а огляд, переодягання чи оголення пацієнта – видимими для осіб, які не беруть безпосередньої участі в наданні медичної допомоги. За можливості слід уникати проведення огляду в коридорах, спільних палатах, приміщеннях із відкритими дверима, за скляними перегородками без належного візуального захисту або в інших умовах, у яких сторонні особи можуть бачити чи чути пацієнта. Присутність третіх осіб має бути обґрунтованою та належно задокументованою.

5. Особлива увага приділяється ризику впливу або залякування, якщо пацієнта супроводжують представники органу, з діями якого можуть бути пов'язані ушкодження. Огляд проводиться поза межами чутності та, якщо медичний працівник не вимагає іншого, поза межами видимості працівників правоохоронних та інших державних органів, які супроводжують пацієнта. Якщо медичний працівник з міркувань безпеки вимагає присутності під час огляду особи, яка супроводжує пацієнта, у медичній документації зазначають підстави такого рішення, посаду та прізвище присутньої особи.

6. Спосіб комунікації, огляду і передачі інформації має мінімізувати ризик повторної травматизації, розкриття чутливої інформації та інших передбачуваних негативних наслідків.

7. Медичний працівник зберігає професійну незалежність незалежно від місця роботи, статусу особи або органу, який ініціював огляд. Клінічні знахідки фіксуються повно, точно та неупереджено.

IV. Загальні засади організації та проведення фіксації тілесних ушкоджень

1. Метою медичного огляду та клінічної фіксації тілесних ушкоджень не є встановлення факту вчинення катування, сексуального насильства, виду жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи іншого правопорушення, а також визначення винуватості конкретної особи. Такі висновки належать до правової оцінки обставин події та виходять за межі професійних повноважень медичного працівника.

2. Завданням медичного працівника є об'єктивне документування повідомлених особою обставин, скарг, результатів клінічного огляду, виявлених тілесних ушкоджень та інших клінічно значущих ознак, а також, у межах професійної компетенції, оцінка стану здоров'я, визначення потреби в додаткових обстеженнях і наданні медичної допомоги.

3. До огляду фіксуються дата, час, місце, підстава звернення/доставлення, особи, присутні під час огляду, наявність обмежень, а також обставини, які могли впливати на повноту та добровільність комунікації. Якщо пацієнт не володіє мовою, якою проводиться огляд, залучають перекладача, який не є працівником органу, з діями якого можуть бути пов'язані ушкодження; відомості про перекладача зазначають у медичній документації.

4. Розповідь пацієнта про обставини отримання ушкоджень фіксується максимально близько до його власних слів, без навідних запитань і без підміни збору клінічного анамнезу процесуальним допитом або ж створення відповідного враження.

Збирається релевантний медичний анамнез: попередні захворювання і травми, лікарські засоби, гострі та хронічні симптоми, біль, порушення функцій, попередні втручання та інші відомості, важливі для диференційної оцінки.

5. Загальний алгоритм дій медичного працівника при фіксації тілесних ушкоджень

- 1) Оцінити невідкладні медичні потреби та безпеку пацієнта.
- 2) Забезпечити приватність настільки, наскільки це можливо у конкретних умовах.
- 3) Пояснити мету та процедуру огляду, межі конфіденційності, мету фіксації; отримати добровільну згоду пацієнта (окремо – на фотофіксацію).

- 4) Зафіксувати умови огляду і присутніх осіб.
- 5) Записати повідомлені обставини та релевантний анамнез.
- 6) Провести системний клінічний огляд та надати необхідну медичну допомогу; морфологічні характеристики ран зафіксувати до їх хірургічної обробки, якщо це не затримує надання невідкладної допомоги.
- 7) Зафіксувати виявлені тілесні ушкодження у медичній документації, зокрема із застосуванням Форми № 511/о у випадках, визначених Інструкцією.
- 8) Призначити клінічно необхідні дослідження, консультації та направлення.
- 9) Сформулювати клінічний висновок у межах професійної компетенції (діагноз, тяжкість стану, потреба в обстеженні та лікуванні). Медичний працівник, який пройшов підготовку із застосування Стамбульського протоколу, може зазначити ступінь узгодженості виявлених знахідок з повідомленими обставинами з використанням градацій, визначених цим протоколом: «не узгоджується», «узгоджується», «значною мірою узгоджується», «типово для», «діагностично для».
- 10) Виконати встановлені законодавством вимоги щодо повідомлення/передачі інформації, передбачені Порядком інформування територіальних управлінь Державного бюро розслідувань про факти звернення та/або доставлення до закладів охорони здоров'я осіб у зв'язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень працівниками правоохоронних органів, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України та Державного бюро розслідувань від 28 березня 2023 року № 570/181, попередньо інформуючи пацієнта про відповідні межі конфіденційності.
- 11) Забезпечити належне зберігання документації та, за потреби, подальший медичний супровід.

6. Організація та проведення клінічного огляду з метою фіксації тілесних ушкоджень:

- 1) Клінічний огляд проводять в умовах, що забезпечують можливість повного та послідовного обстеження особи, належної візуалізації тілесних ушкоджень, оцінки функціональних порушень та фіксації виявлених клінічних ознак.
- 2) Приміщення має бути достатнім за площею для проведення фізикального обстеження та забезпечувати можливість огляду особи у положенні стоячи, сидячи та лежачи залежно від клінічної необхідності. Має бути забезпечений вільний доступ до оглядової кушетки та можливість огляду відповідних анатомічних ділянок. Температура в приміщенні має бути комфортною з урахуванням необхідності огляду різних ділянок тіла.
- 3) Огляд проводять за достатнього рівномірного освітлення, що дозволяє належно оцінити поверхню шкіри, колір, контури, межі та інші видимі характеристики ушкоджень. Недостатнього, нерівномірного або забарвленого освітлення, яке може спотворювати візуальне сприйняття ушкоджень, слід

уникати. Для огляду невеликих, важкодоступних або недостатньо освітлених ділянок використовують додаткове спрямоване джерело світла.

4) Організація огляду має забезпечувати можливість послідовного обстеження анатомічних ділянок відповідно до скарг, анамнезу, повідомлених обставин травмування та клінічних показань. Особливу увагу приділяють ділянкам, ушкодження яких можуть залишатися непомітними без цілеспрямованого огляду, зокрема волосистій частині голови, ділянкам за вухами, шиї, спині, внутрішнім поверхням кінцівок, кистям і стопам.

5) У місці проведення огляду мають бути доступні засоби, необхідні для відповідного обсягу фізикального обстеження та документування, зокрема лінійка для вимірювання, додаткове джерело спрямованого світла, засоби для огляду ротової порожнини та інших важкодоступних ділянок, а також інші інструменти відповідно до характеру ушкоджень та клінічних показань.

6) За наявності скарг, анамнестичних даних або клінічних ознак, які можуть свідчити про ушкодження, що не може бути належно оцінене під час фізикального огляду, визначають необхідність додаткових лабораторних, інструментальних або візуалізаційних досліджень та консультацій відповідних спеціалістів.

7) Огляд проводять системно, співвідносячи його обсяг із повідомленими обставинами травмування, скаргами та виявленими клінічними ознаками. Виявлення одного або декількох очевидних ушкоджень не є підставою для припинення подальшого клінічно обґрунтованого обстеження.

8) Якщо певну анатомічну ділянку або функцію неможливо належно оцінити через фізичний стан особи, виражений біль, наявність пов'язок чи іммобілізації, необхідність невідкладного лікування, відсутність необхідного обладнання або інші об'єктивні обставини, у медичній документації зазначають обсяг фактично проведеного обстеження та характер його обмежень. Неможливість повноцінного огляду не може фіксуватися як відсутність патологічних змін.

9) У разі виявлення стану, що потребує невідкладної медичної допомоги, необхідні діагностичні та лікувальні заходи мають пріоритет перед проведенням детального обстеження з метою документування тілесних ушкоджень.

10) Огляд проводять якомога раніше після звернення чи доставлення особи, оскільки ознаки ушкоджень змінюються та можуть зникати в процесі загоєння. Водночас окремі ушкодження, зокрема синці в глибоких м'яких тканинах, можуть ставати видимими лише через певний час після травми, тому за наявності скарг або повідомлень про травму без видимих знахідок, а також для оцінки динаміки ушкоджень рекомендується повторний огляд через кілька днів з фіксацією його результатів.

11) Фотофіксацію здійснюють за окремою згодою пацієнта. Кожне ушкодження фотографують загальним планом (з орієнтирами, що дозволяють

визначити ділянку тіла), середнім планом і крупним планом з масштабною лінійкою, розміщеною в площині ушкодження; об'єктив спрямовують перпендикулярно до поверхні ушкодження. Кожне зображення пов'язують з порядковим номером ушкодження в медичній документації. Зображення зберігають без редагування як складову медичної документації із забезпеченням захисту персональних даних; зберігання та пересилання їх з використанням особистих пристроїв і загальнодоступних месенджерів не рекомендується.

7. Заповнення та зберігання медичної документації

1) Медична документація незалежно від форми її ведення має містити дату, відомості, що дозволяють встановити автора (авторів) записів та відповідний заклад охорони здоров'я, а також забезпечувати повноту, чіткість і зрозумілість викладеної інформації.

2) Відомості про результати медичного огляду та надану медичну допомогу вносяться до електронної системи охорони здоров'я, відповідно до вимог законодавства. Форма № 511/о може оформлюватися в паперовій або електронній формі, відповідно до Інструкції .

3) Доступ до медичної інформації та інших матеріалів обмежується відповідно до законодавства. Пацієнтові до початку документування повідомляють про відомі межі конфіденційності та обов'язки медичного працівника щодо передачі інформації.

4) Медична документація, довідка за Формою № 511/о та їх копії не підлягають передачі особам, які супроводжують пацієнта, зокрема працівникам органу, з діями якого можуть бути пов'язані ушкодження, крім випадків, передбачених законодавством. Інформація про випадок передається лише в порядку та обсязі, визначених законом, зокрема відповідно до підпункту 10 пункту 5 цього розділу.

5) Пацієнт або його законний представник мають право на ознайомлення з медичною документацією, що стосується здоров'я пацієнта, та на отримання її копій відповідно до законодавства.

V. Загальні принципи клінічної фіксації тілесних ушкоджень

1. Кожне виявлене при клінічному обстеженні тілесне ушкодження має описуватись окремо, системно та нейтрально. Опис має бути достатнім для того, щоб інший медичний працівник міг зрозуміти характер і локалізацію знахідки без необхідності робити висновки лише з фотографії (у разі здійснення фотофіксації тілесних ушкоджень).

2. Кожне виявлене тілесне ушкодження описують за таким алгоритмом:

1) Визначити точну анатомічну локалізацію кожного тілесного ушкодження відносно двох постійних анатомічних орієнтирів, таких як кісткові виступи, анатомічні лінії або інші чітко визначені анатомічні структури, положення яких не залежить або мінімально залежить від положення тіла, стану м'яких тканин чи рухів кінцівки. Зазначають відстань

від ушкодження до кожного з орієнтирів у сантиметрах. Доцільно використовувати терміни «праворуч/ліворуч», «медіально/латерально», «проксимально/дистально», «спереду/ззаду». Можливо також зазначити напрям розташування довгої осі ушкодження, орієнтуючись на стрілки умовного циферблату. Локалізацію ушкодження/ушкоджень описують щодо тіла особи, яка перебуває у стандартному анатомічному положенні (тіло розташоване вертикально, обличчя і погляд спрямовані вперед, верхні кінцівки опущені вздовж тулуба долонями вперед, нижні кінцівки випрямлені, стопи спрямовані вперед).

2) Визначити вид кожного тілесного ушкодження (морфологічну характеристику): синець, садно, рана, перелом, опік, електромітка, рубець тощо.

3) Описати форму кожного тілесного ушкодження відповідно до форми геометричних фігур (лінійна, дугоподібна, овальна, кругла). Якщо ушкодження не відповідає геометричним фігурам, описати його як «ушкодження неправильної форми».

4) Вказати розміри кожного тілесного ушкодження у метричних одиницях (довжину, ширину, у випадках ран – глибину, якщо дно рани доступне огляду без зондування), які необхідно вимірювати у взаємно перпендикулярних площинах за допомогою лінійки.

5) Оцінити колір кожного тілесного ушкодження. Колір описують без висновків щодо давності ушкодження, оскільки давність синця за його кольором достовірно не встановлюється.

6) Описати краї (контури), поверхню, дно, наявність кірки, виділень, набряку, сторонніх предметів або матеріалів або інших ознак стосовно кожного виявленого тілесного ушкодження.

7) Зафіксувати болючість та інші суб'єктивні симптоми (скарги).

8) Оцінити та зафіксувати функціональні порушення. Залежно від локалізації та характеру можливої травми оцінити відповідні функції: обсяг активних і пасивних рухів, ходу, м'язову силу, чутливість, функцію суглобів, зір, слух та інші показники, якщо це клінічно обґрунтовано.

9) Присвоїти кожному ушкодженню порядковий номер, який використовують у тексті медичної документації, на анатомічних схемах і фотографіях.

3. Відсутність виявлених тілесних ушкоджень не виключає неналежного поводження, оскільки багато його методів не залишають видимих слідів або сліди зникають до огляду. У такому разі в медичній документації зазначають, що ушкоджень не виявлено, а також час, що минув від повідомленої події, без висновків щодо достовірності повідомлених обставин.

VI. Особливості клінічної фіксації ушкоджень шкіри та м'яких тканин

1. Оглядають доступні для огляду поверхні тіла з урахуванням повідомленого механізму травмування. Фіксують садна, синці, рани, опіки,

рубці, ділянки зміни пігментації, видимі набряки та інші патологічні зміни. Для кожного ушкодження зазначають точну локалізацію із застосуванням анатомічної термінології, форму, розміри, колір, характер країв і поверхні та інші морфологічні ознаки, які можуть бути встановлені під час клінічного огляду.

2. Разом з цим збирають релевантний клінічний анамнез, щоб коректно зафіксувати наслідки попередніх травм, захворювань шкіри та м'яких тканин, попередніх хірургічних втручань та інших причин, не пов'язаних з поточним оглядом та можливим випадком катування.

3. Садно – це поверхнєве механічне ушкодження шкіри, що характеризується порушенням цілісності епідермісу, іноді із залученням поверхневих шарів дерми. Глибина такого ушкодження залежить від характеру та інтенсивності травматичного впливу. Садна лінійної форми можуть описуватися як подряпини. При клінічній оцінці саден звертають увагу на наявність кірки, її колір та співвідношення з рівнем неушкодженої шкіри, а також наявність виділень на поверхні садна (кров, гній) та додаткових забруднень (пісок, ґрунт, скло тощо).

4. Синець – це просякування шкіри, підшкірної жирової клітковини та інших м'яких тканин кров'ю внаслідок порушення цілісності судин, без порушення цілісності шкіри. Коли йдеться про відповідне ушкодження слизових оболонок, варто застосовувати термін крововилив. Водночас гематомою є скупчення крові в тканинах з утворенням порожнини. Синці в глибоких м'яких тканинах можуть ставати видимими лише через певний час після травми та не завжди відповідають місцю прикладення сили, оскільки кров може поширюватися тканинними просторами.

5. Рана – це порушення цілісності шкіри / слизової оболонки з можливим порушенням цілісності підлеглих тканин. Морфологічні характеристики рани залежать від властивостей травмуючого предмета, напрямку, швидкості та характеру його руху, величини й способу прикладання сили, а також анатомічних і механічних властивостей тканин у місці ушкодження. Під час клінічної фіксації медичний працівник насамперед має документувати об'єктивні морфологічні характеристики рани – локалізацію, кількість, форму, розміри, напрямок, характер країв і кінців, стан навколишніх тканин, видиме дно та інші доступні для оцінки ознаки.

6. Визначення конкретного знаряддя травми або категоричне встановлення механізму утворення рани лише за її зовнішнім виглядом не є метою клінічної фіксації. Окремі морфологічні ознаки не слід використовувати ізольовано для встановлення механізму травми на етапі клінічного обстеження та документування його результатів.

7. Якщо рана потребує первинної хірургічної обробки (ПХО), ушивання, висічення країв або іншого хірургічного втручання, її первинні морфологічні характеристики необхідно, наскільки дозволяє клінічний стан особи, задокументувати до початку втручання, оскільки обробка рани може змінити її розміри, форму, краї, кінці, дно та інші морфологічні ознаки, важливі для

подальшої оцінки. Після ПХО або іншого хірургічного втручання повторно документують стан рани та характер проведеного втручання, зокрема висічення тканин, ушивання, дренування та інші дії, що змінили її первинний вигляд.

8. При клінічній фіксації ушкоджень від дії вогнепальної зброї, для кожної рани зазначають точну анатомічну локалізацію, форму, розміри, орієнтацію довгої осі відносно анатомічної осі відповідної ділянки, характер країв, кінців і доступного для огляду дна, а також стан прилеглих тканин. Документують наявність садна або кільцеподібного осаднення навколо рани, крововиливу, набряку, дефекту тканини, забруднення, сторонніх частинок та інших видимих змін. Рани позначають порядковими номерами; без достатніх підстав їх не визначають як «вхідні» чи «вихідні», оскільки клінічна оцінка цієї ознаки за зовнішнім виглядом рани часто є помилковою.

9. Особливо ретельно, до очищення рани, якщо це не затримує необхідної медичної допомоги, документують можливі додаткові зміни навколо неї: кіптяву або інші поверхневі накладання, опалення волосся, термічні зміни шкіри, дрібні точкові ушкодження або сторонні вclusions, а також відбиток або інші зміни шкіри в ділянці контакту.

10. При множинних ушкодженнях кожену рану описують і нумерують окремо, зазначаючи їх взаємне розташування.

11. За наявності множинних дрібних ран, зокрема при можливому ураженні дробом або іншими множинними снарядами, документують загальну ділянку їх ушкоджувальної дії на тілі, кількість видимих ушкоджень (якщо їх можливо достовірно підрахувати), а також розміри й морфологію ран.

12. Якщо під час надання медичної допомоги з рани або тканин вилучено кулю, фрагмент снаряда, уламок чи інший сторонній предмет, який може бути пов'язаний із заподіянням вогнепального або вибухового ушкодження, у медичній документації зазначають факт його вилучення, дату і час, анатомічну локалізацію, з якої предмет вилучено, та характер проведеного медичного втручання. Вилучений предмет не очищують, захоплюють інструментами, що не залишають слідів на його поверхні, поміщають в окрему упаковку, яку опечатують і маркують (прізвище пацієнта, дата і час вилучення, анатомічна локалізація, підпис медичного працівника), та зберігають до передачі уповноваженій особі органу досудового розслідування з оформленням акта приймання-передачі. У такий самий спосіб забезпечують збереження знятого з пацієнта одягу з ушкодженнями чи слідами крові.

13. При клінічній фіксації опіків, рекомендовано описувати колір і зовнішній вигляд опікової поверхні, її вологість або сухість, наявність пухирів та їх стан, відшарування епідермісу, некрозу, струпа та інших видимих змін. Глибину опіку оцінюють у різних його ділянках, оскільки в межах одного ушкодження можуть одночасно бути наявні ділянки різної глибини. Документують найменшу та найбільшу встановлену або передбачувану глибину та загальну площу опікової поверхні (у відсотках площі поверхні тіла).

14. При встановленні або повідомленні можливого контактного механізму опіку особливо ретельно документують форму, розміри, контури та межі опіку, оскільки контакт із нагрітими предметами може утворювати ушкодження, форма яких відображає характеристики контактної поверхні; свіжі контактні опіки можуть мати чітко окреслені межі. Водночас їх вигляд змінюється під час загоєння, а за морфологією ушкодження не слід категорично встановлювати конкретний предмет.

15. При повідомленні про вплив електричного струму проводять ретельний огляд усієї поверхні тіла, особливо ділянок можливого контакту, а виявлені електромітки описують із зазначенням їх локалізації, кількості, форми, розмірів, кольору, меж, стану поверхні та прилеглої шкіри. Одночасно документують скарги й симптоми електротравми та за клінічними показаннями оцінюють серцево-судинну, неврологічну й опорно-рухову системи з проведенням необхідних додаткових досліджень, зокрема електрокардіографії.

16. Під час клінічної фіксації рубця описують його локалізацію, форму, розміри, колір, рельєф і стан поверхні, а при пальпації — консистенцію, еластичність, рухомість та можливу спаяність із прилеглими або підлеглими тканинами; окремо зазначають біль, свербіж, порушення чутливості, стягнення та функціональні обмеження. Зовнішній вигляд рубця є неспецифічним і може змінюватися з часом, тому за його морфологічними ознаками не слід категорично визначати механізм утворення, конкретний травмуючий предмет або обставини ушкодження.

VII. Особливості клінічної фіксації ушкоджень голови та шиї

1. Обсяг фізикального огляду визначається скаргами, анамнезом, повідомленими обставинами отримання тілесних ушкоджень та клінічними показаннями. При огляді цих анатомічних ділянок необхідно звертати увагу на набряки, садна, синці, рани, рубці, асиметрію, локальну болючість, деформації та інші ознаки травми.

2. За наявності повідомлень про удари по голові або відповідних симптомів необхідно з'ясувати наявність втрати чи порушення свідомості, амнезії, головного болю, запаморочення, нудоти, блювання, порушень зору, слуху, рівноваги та інших неврологічних симптомів і за клінічними показаннями провести відповідне неврологічне обстеження та додаткову діагностику.

3. Волосисту частину голови оглядають і пальпують для виявлення ран, саден, крововиливів, набряку, рубців, випадіння волосся, болючості чи деформацій, а за ознак можливої черепно-мозкової травми проводять неврологічне обстеження та додаткові дослідження за показаннями.

4. Шию та ротоглотку оглядають на наявність ушкоджень, набряку й ознак стискання, оцінюють болючість і можливу крєпітацію під'язикової кістки та хрящів гортані, а при підозрі на удушення додатково шукають петехії вище рівня стискання та фіксують порушення голосу, ковтання чи дихання.

Відсутність видимих ушкоджень шиї не виключає її стискання: у значній частині випадків зовнішні ушкодження відсутні або незначні. За клінічними показаннями (порушення свідомості, неврологічні симптоми, біль у шиї, зміна голосу, утруднене ковтання або дихання) визначають необхідність променевого дослідження шиї, у тому числі її судин. При повідомленні про асфіксію іншими способами (поліетиленовий пакет, протигаз, занурення у воду) документують петехії, ознаки аспірації та симптоми з боку органів дихання.

VIII. Особливості клінічної фіксації ушкоджень щелепно-лицевої ділянки та ротової порожнини

1. Очі та періорбітальні ділянки оглядають на наявність набряку, синців, крововиливів, петехій і порушень функції, з'ясовують наявність болю та зорових розладів, а за відповідних симптомів направляють на офтальмологічне обстеження.

2. Вуха та прилеглі ділянки оглядають на наявність ушкоджень, з'ясовують біль, шум у вухах, зниження слуху, запаморочення та виділення, а за відповідних скарг або підозри на перелом проводять отологічне, аудіометричне чи променеве обстеження. Отоскопію проводять якомога раніше, оскільки невеликі травматичні перфорації барабанної перетинки загоюються протягом кількох днів – двох тижнів, після чого їх виявлення стає неможливим.

3. Під час огляду носа оцінюють його положення та симетричність, наявність набряку, крововиливів, ран, деформації, крепітації та відхилення носової перегородки. З'ясовують наявність носової кровотечі та порушення носового дихання. За підозри на перелом або інше значуще ушкодження застосовують відповідні методи променевої діагностики.

4. Щелепу оцінюють за симетрією, рухливістю, болючістю, крепітацією та відкриванням рота, звертаючи увагу на ознаки перелому, вивиху або ушкодження скронево-нижньощелепного суглоба.

5. Під час клінічної фіксації ушкоджень зубів і тканин ротової порожнини оглядають губи, слизову оболонку, язик, ясна, зуби та вуздечки, документуючи рани, крововиливи, опіки, ушкодження або відсутність зубів, пошкодження пломб і протезів та інші патологічні зміни. За потреби проводять стоматологічне й променеве обстеження, враховуючи стан зубів до травми та інші можливі причини виявлених змін.

IX. Особливості клінічної фіксації ушкоджень грудної клітки та живота

1. Огляд грудної клітки та живота проводять послідовно, звертаючи увагу не лише на видимі ушкодження шкіри та м'яких тканин, але й на ознаки можливого ушкодження підлеглих структур і внутрішніх органів. Відсутність або незначна вираженість зовнішніх ушкоджень не виключає значної внутрішньої травми.

2. Оцінюють форму та симетричність грудної клітки, характер і симетричність дихальних рухів, наявність видимих деформацій. Послідовно оглядають передню, бічні та задню поверхні грудної клітки, документуючи рани, садна, крововиливи, набряк та інші зміни шкіри і м'яких тканин. Під час пальпації звертають увагу на локальну болючість, деформацію, патологічну рухомість, крепітацію та інші ознаки, що можуть свідчити про ушкодження ребер, грудини або підлеглих тканин. Оцінюють наявність задишки, болю при диханні, кашлю, кровохаркання та інших симптомів можливої травми органів грудної порожнини.

3. Оцінюють форму живота, симетричність та видимі зміни передньої і бічних поверхонь, а за клінічної необхідності – поперекової ділянки та спини. Документують рани, садна, крововиливи, набряк та інші видимі ушкодження. Під час пальпації визначають локалізацію і характер болючості, напруження м'язів передньої черевної стінки та інші клінічні ознаки можливої внутрішньої травми. Звертають увагу на скарги на біль у животі, нудоту, блювання, запаморочення або слабкість, а також інші симптоми, які з урахуванням обставин травмування можуть потребувати подальшої оцінки.

4. У разі наявності проникаючої рани описують її морфологічні характеристики відповідно до загальних принципів документування ран. Не слід зондувати рану або намагатися визначити глибину чи напрямок ранового каналу шляхом маніпуляцій, які не мають клінічної необхідності. Наявність стороннього тіла, евісцерації, кровотечі або інших клінічно значущих ознак документують до лікувального втручання, якщо це не затримує надання невідкладної допомоги.

5. За наявності відповідних скарг, анамнестичних даних або клінічних ознак визначають необхідність додаткової візуалізації, лабораторних досліджень, моніторингу життєвих показників та консультації відповідного спеціаліста. Особливу увагу приділяють можливості прихованої внутрішньої кровотечі, пневмо- або гемотораксу, ушкодження внутрішніх органів.

Х. Особливості клінічної фіксації ушкоджень опорно-рухової системи та кінцівок

1. При обстеженні опорно-рухової системи та кінцівок оцінюють не лише видимі ушкодження шкіри та м'яких тканин, але й ознаки ушкодження кісток, суглобів, м'язів, сухожиль, зв'язок, периферичних нервів і судин, а також пов'язані з ними функціональні порушення.

2. Під час клінічної фіксації ушкоджень кінцівок оцінюють їх положення, контури, симетричність, наявність деформації, набряку, крововиливів, саден, ран, рубців та інших змін, описуючи кожне ушкодження із зазначенням точної локалізації та морфологічних характеристик.

3. Під час пальпації визначають локалізацію болючості, набряку, ущільнення, деформації, патологічної рухомості або крепітації. За наявності ознак можливого перелому, вивиху або іншого значного структурного

ушкодження обстеження проводять обережно, уникаючи маніпуляцій, які можуть посилити травму або біль.

4. Окремо оцінюють і документують функцію ушкодженої ділянки. Залежно від локалізації травми оцінюють активні, а за клінічної доцільності – пасивні рухи в суглобах, їх обсяг та обмеження, м'язову силу, здатність стояти, ходити, переносити навантаження, користуватися кистю або виконувати інші відповідні рухи. Якщо виконання певного руху неможливе або обмежене через біль, це зазначають у медичній документації.

5. При ушкодженнях кінцівок оцінюють дистальний нейроваскулярний статус, зокрема чутливість і рухову функцію, а також клінічні ознаки достатності периферичного кровообігу. Виявлені порушення документують із зазначенням їх локалізації та характеру. Особливу увагу приділяють наростанню болю та набряку, порушенням чутливості, рухів або кровопостачання, які можуть потребувати невідкладної оцінки.

6. За наявності відповідних скарг, анамнестичних даних або клінічних ознак визначають необхідність рентгенографії, ультразвукового дослідження, КТ, МРТ або інших досліджень та консультації відповідного спеціаліста. Результати таких досліджень, зокрема виявлені переломи, вивихи, ушкодження м'яких тканин або інші патологічні зміни, документують у медичній документації.

7. За наявності повідомлень про тривале перебування у вимушеному положенні тіла, підвішування, зв'язування або іншу фіксацію кінцівок, а також удари по стопах проводять цілеспрямовану оцінку можливих наслідків таких впливів.

8. Окрім пошуку видимих ушкоджень, оцінюють локальну болючість, набряк, обсяг рухів у суглобах, м'язову силу, чутливість, наявність парестезій або інших неврологічних порушень, а також функціональні обмеження, зокрема здатність стояти, ходити та навантажувати кінцівку. Особливу увагу приділяють ділянкам можливої фіксації та анатомічним структурам, які могли зазнавати тривалого натягу, стискання або навантаження.

9. Під час клінічної фіксації ушкоджень кистей і зап'ясть оглядають усі поверхні кистей, пальців і зап'ясть, документуючи садна, крововиливи, набряк, рани, рубці, зміни нігтів та інші ушкодження. Особливу увагу приділяють циркулярним або частково циркулярним слідам у ділянці зап'ясть, описуючи їх локалізацію, ширину, форму, напрямок і колір з урахуванням можливого застосування засобів фіксації.

10. Під час клінічної фіксації ушкоджень верхніх кінцівок додатково оцінюють рухову функцію кистей і пальців, м'язову силу, чутливість, біль, оніміння та парестезії. При повідомленнях про тривале зв'язування або підвішування особливу увагу приділяють можливим ознакам ушкодження плечового сплетення та периферичних нервів, документуючи також неврологічні симптоми, які могли бути раніше, але зникли до моменту огляду.

11. Під час клінічної фіксації ушкоджень стоп і гомілковостопних ділянок оглядають усі поверхні стоп, документуючи набряк, крововиливи, садна, рани, рубці та болючість. Особливу увагу приділяють лінійним і циркулярним слідам у ділянці гомілковостопних суглобів, які можуть відповідати місцям фіксації нижніх кінцівок.

12. Під час клінічної фіксації наслідків ударів по підштовних поверхнях стоп оцінюють не лише видимі ушкодження, а й локальну болючість, ходу, здатність стояти та навантажувати стопи, порушення чутливості й нейропатичний біль, за потреби доповнюючи огляд додатковими дослідженнями.

XI. Особливості клінічної фіксації ушкоджень центральної і периферичної нервової системи

1. Під час клінічної фіксації можливих ушкоджень центральної нервової системи оцінюють стан свідомості, орієнтацію в часі, просторі та власній особі, мовлення, пам'ять, координацію рухів, рівновагу, а також наявність рухових, чутливих та інших неврологічних порушень. Документують характер і вираженість виявлених змін, їхню локалізацію, час виникнення та динаміку відповідно до повідомлених особою обставин і результатів клінічного обстеження. За клінічними показаннями визначають необхідність нейровізуалізації та консультації невролога.

2. При оцінці периферичної нервової системи звертають увагу на м'язову слабкість або парез, асиметрію сили, порушення чутливості, оніміння, парестезії, гіпералгезію або гіперестезію, зміни сприйняття положення кінцівки, температури та інших видів чутливості, а також зниження, випадіння чи асиметрію рефлексів. Такі порушення можуть бути пов'язані як із безпосередньою травмою нервів, так і з їх стисканням або розтягненням.

3. Особливу увагу приділяють особам, які повідомляють про підвішування. У таких випадках доцільно цілеспрямовано оцінювати можливе ураження плечового сплетення, зокрема асиметрію сили кистей, слабкість верхніх кінцівок, «звисаючу кисть», порушення чутливості та зміни сухожильних рефлексів. Аналогічно, після тривалого зв'язування, застосування наручників чи інших засобів фіксації оцінюють можливі компресійні нейропатії у відповідних анатомічних ділянках.

4. Клінічній фіксації підлягають не лише неврологічні порушення, виявлені під час огляду, але й повідомлені особою неврологічні симптоми, які виникли безпосередньо після травмування або зберігалися протягом певного часу, навіть якщо на момент огляду вони зменшилися або зникли. За наявності стійких або клінічно значущих рухових, чутливих, рефлексорних, координаційних чи інших неврологічних порушень визначають необхідність консультації невролога, нейровізуалізації, електрофізіологічних або інших спеціалізованих досліджень.

ХІІ. Особливості клінічної фіксації ушкоджень сечостатевої системи та аногенітальної ділянки

1. Огляд аногенітальної ділянки та застосування інвазивних маніпуляцій не повинні проводитися рутинно лише з метою пошуку ознак перенесеного сексуального насильства. Кожний етап такого огляду має бути клінічно обґрунтованим та відповідати повідомленню пацієнта.

2. Під час огляду сечостатевих органів та аногенітальної ділянки, особливо у випадках повідомленого сексуального насильства, слід максимально враховувати побажання особи щодо статі медичного працівника, а за неможливості їх забезпечити – попередньо узгодити подальший порядок огляду та запропонувати присутність іншого медичного працівника або відповідної особи для супроводу.

3. Під час збору анамнезу документують біль, кровотечу, виділення, свербіж, дизурію, гематурію, порушення сечовипускання, біль або інші порушення під час дефекації, біль у ділянці таза або живота, а також інші симптоми, що виникли після повідомленого травмування.

4. Під час зовнішнього огляду аногенітальної ділянки документують точну анатомічну локалізацію, вид, кількість, форму, розміри, колір та інші морфологічні характеристики виявлених ушкоджень. Звертають увагу на садна, крововиливи, набряк, почервоніння, тріщини, розриви та інші рани, опіки, рубці, дефекти тканин та інші патологічні зміни.

5. Під час клінічної фіксації ушкоджень зовнішніх чоловічих статевих органів оглядають статевий член, мошонку, зовнішній отвір сечівника, яєчка та інші доступні структури, документуючи набряк, крововиливи, садна, рани, опіки, рубці, болючість, виділення та інші патологічні зміни. При повідомленнях про стискання, удари, зв'язування, електричний вплив або іншу травму особливу увагу приділяють відповідним ділянкам і можливим функціональним наслідкам.

6. При огляді зовнішніх жіночих статевих органів послідовно оцінюють доступні для огляду анатомічні структури та документують виявлені ушкодження. Не слід робити висновків про наявність або відсутність попереднього вагінального проникнення на підставі вигляду дівочої перетинки або інших анатомічних особливостей. Внутрішній вагінальний огляд, у тому числі із застосуванням дзеркала, проводять лише за відповідними клінічними показаннями. Так званий «тест на незайманість» не має наукового обґрунтування і не проводиться.

7. При огляді періанальної та анальної ділянки документують садна, крововиливи, набряк, тріщини, розриви, рани, рубці, кровотечу, виділення та інші виявлені зміни. Внутрішній ректальний огляд або інші інвазивні дослідження проводять лише за клінічними показаннями. Обсяг дослідження визначають з урахуванням повідомлених обставин, симптомів та часу, що минув після можливого травмування.

8. При підозрі на травму органів сечовидільної системи документують біль і болючість у надлобковій, поперековій та інших відповідних ділянках, гематурію, дизурію, затримку або утруднення сечовипускання та інші клінічні ознаки. За показаннями проводять лабораторні та інструментальні дослідження та консультації відповідних спеціалістів. Відсутність зовнішніх ушкоджень аногенітальної ділянки не виключає травми внутрішніх органів.

9. За наявності клінічних показань визначають необхідність обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, вагітність та інші можливі наслідки сексуального насильства, а також необхідність відповідного лікування, профілактики та направлення. Оскільки ефективність постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції та екстреної контрацепції залежить від часу, що минув після події, потребу в них оцінюють невідкладно: постконтактну профілактику ВІЛ-інфекції розпочинають якомога раніше, але не пізніше 72 годин, екстрену контрацепцію – якомога раніше, але не пізніше 120 годин після події.

ХІІІ. Особливості клінічної фіксації психологічних наслідків катувань та інших видів неналежного поводження

1. Під час клінічної фіксації можливого катування або іншого неналежного поводження психологічні наслідки документують нарівні з фізичними, оскільки вони можуть зберігатися навіть за відсутності видимих тілесних ушкоджень. Фізичні та психологічні знахідки слід оцінювати як взаємодоповнювальні складові наслідків травматичного впливу.

2. Під час клінічного огляду з'ясовують та документують психологічні та психосоціальні наслідки, які особа пов'язує з пережитими подіями. Оцінка не повинна обмежуватися встановленням або виключенням психіатричного діагнозу, концентруючись радше на розумінні коротко- та довгострокового впливу травматичної події, якою може бути досвід пережитого катування.

3. Документують симптоми та зміни, про які повідомляє особа, їх початок, тривалість, частоту, інтенсивність, динаміку та вплив на повсякденне функціонування. Особливу увагу звертають на такі прояви:

- повторне переживання травматичних подій – нав'язливі спогади, флешбеки, кошмарні сновидіння, виражений психологічний або фізіологічний дистрес при нагадуванні про пережите;
- уникнення думок, розмов, людей, місць, ситуацій або інших нагадувань про травматичний досвід;
- порушення сну, дратівливість, підвищену настороженість, труднощі концентрації;
- тривогу, страх, панічні симптоми, відчуття небезпеки;
- пригнічений настрій, втрату інтересу або задоволення, почуття безнадійності, безпорадності, провини або сорому;
- емоційне оніміння, відстороненість, соціальну ізоляцію;
- порушення пам'яті;

- дисоціативні прояви, зокрема відчуття нереальності навколишнього або відстороненості від власного тіла чи переживань;
- соматичні скарги, для яких психологічний компонент може мати клінічне значення, зокрема головний біль, хронічний біль, гастроінтестинальні та інші психосоматичні прояви;
- зміни сексуального функціонування;
- зміни у міжособистісних і сімейних відносинах, соціальному та професійному функціонуванні;
- вживання алкоголю, лікарських засобів або інших психоактивних речовин як способу подолання переживань.

4. Окремо від повідомлених особою симптомів доцільно документувати клінічно значущі спостереження під час огляду: рівень свідомості та орієнтування, особливості контакту і мовлення, настроїв та афективні прояви, увагу і концентрацію, пам'ять, психомоторну активність та інші помітні особливості психічного стану. Опис має бути спостережуваним і нейтральним, без інтерпретації поведінки як доказу правдивості або неправдивості повідомлених обставин.

5. Відсутність вираженої емоційної реакції або психіатричного діагнозу не виключає значного психологічного страждання чи наслідків травматичного досвіду та не є підставою ставити під сумнів повідомлені обставини.

6. Окрім наявності симптомів, документують їх вплив на функціонування особи: сон, самообслуговування, здатність працювати або навчатися, підтримувати соціальні та сімейні відносини, концентрувати увагу, виконувати звичні повсякденні дії.

7. При повідомленні про думки про смерть, самоушкодження або суїцид, наміри чи попередні спроби, а також за наявності інших ознак гострої психічної кризи проводять невідкладну клінічну оцінку ризиків та забезпечують необхідну допомогу або ж здійснюють невідкладне перенаправлення відповідно до клінічних показань.

8. За потреби поглибленої оцінки психологічних симптомів рекомендують консультацію лікаря-психолога або лікаря-психіатра, тоді як встановлення причинно-наслідкового зв'язку між катуванням і психічними чи психологічними наслідками належить до компетенції судових експертів.

9. Під час клінічної фіксації психологічних наслідків враховують індивідуальність реакцій на травматичний досвід та документують симптоми, їх динаміку, вплив на функціонування і клінічно значущі спостереження. Наявність або відсутність окремого симптому чи психіатричного діагнозу сама по собі не підтверджує і не виключає факту катування або іншого неналежного поводження.

XIV. Перелік використаних джерел

1. Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання : міжнародний документ ООН від 10 грудня 1984 року.
2. Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Professional Training Series No. 8/Rev.2. New York ; Geneva : Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2022.
3. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 2nd General Report on the CPT's activities. CPT/Inf (92) 3. Strasbourg : Council of Europe, 1992. § 38; 12th General Report on the CPT's activities. CPT/Inf (2002) 15. Strasbourg : Council of Europe, 2002. § 42.
4. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva : World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations High Commissioner for Refugees, 2020.
5. Eliminating virginity testing: an interagency statement. Geneva : World Health Organization, 2018. WHO/RHR/18.15.
6. Maguire S., Mann M. K., Sibert J., Kemp A. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. Archives of Disease in Childhood. 2005. Vol. 90, No. 2. P. 187–189.
7. McClane G. E., Strack G. B., Hawley D. A review of 300 attempted strangulation cases. Part II: clinical evaluation of the surviving victim. Journal of Emergency Medicine. 2001. Vol. 21, No. 3. P. 311–315.
8. Collins K. A., Lantz P. E. Interpretation of fatal, multiple, and exiting gunshot wounds by trauma specialists. Journal of Forensic Sciences. 1994. Vol. 39, No. 1. P. 94–99.

**Директор Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОРУЧАН