

Zdravstvena ustanova: _____ Delovno mesto/lokacija: _____

Dokumentiranje obravnave otroka, ob sumu na nasilje in zlorabo

Datum obravnave: _____ Ura obravnave: _____

Podatki o obravnavanem otroku:

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Podatki o starših/skrbnikih:

Mati

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Oče

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Skrbnica/Skrbnik:

Ime in priimek: _____

Razmerje do otroka: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Otrok je prišel v spremstvu: Da Ne

Ime in priimek spremljevalca: _____

Telefonska številka spremljevalca: _____

Razmerje do otroka: _____

Ali so otrokovi starši/skrbniki seznanjeni s prijavo zlorabe /nasilja nad otrokom? Da Ne

Podatki o ostalih članih družine:

Ime in priimek	Razmerje do otroka	Dodatne informacije (šola, ki jo obiskuje, poklic, drugo)

Znaki/okoliščine, na podlagi katerih sumimo na zlorabo/nasilje:

Otrok je povedal, da je žrtev nasilja? Da Ne

Če »ne«, na osnovi česa sumimo na nasilje (označite in opišite):

a) Zdravstvene posledice nasilja: _____

b) Vedenje otroka: _____

c) Vedenje
starša/skrbnika/spremljevalca: _____

d) Druge okoliščine: _____

Anamnestični podatki (uporabite besede žrtve, starša oz. druge osebe, ki podaja anamnezo – jasno navedi kdo je podal anamnezo):

a) Ima otrok kakšno kronično bolezen? Ne , Ne ve , Da

Katero? _____

b) Druga stanja:

Navedite: _____

Zgodovina in dinamika nasilja/zlorabe:

Koliko časa že traja nasilje? _____

Ali se nasilje v zadnjem času stopnjuje? Da Ne

Ali so na voljo podatki o poškodbah v preteklosti? Da Ne

Ali so žrtve nasilja tudi drugi otroci v družini? Da Ne

Vrste nasilja, ki jih otrok doživlja (označite in opišite):

- a. Fizična zloraba/nasilje Da Ne
- b. Spolna zloraba/nasilje Da Ne
- c. Čustvena/ psihična zloraba/ nasilje Da Ne
- d. Zanemarjanje Da Ne
- e. Drugo Da Ne

Osumljeni povzročitelj zlorabe/nasilja (ime in priimek):

Starost: _____

Poklic: _____

Naslov: _____

Razmerje do otroka, žrtve:

oče , mati , skrbnica /skrbnik , brat ali sestra , drug sorodnik ,
drugo: _____

Stanje otroka:

Orientacijska ocena psihičnega stanja:

komunikativen nekomunikativen prestrašen vznemirjen

drugo: _____

Zunanji izgled (opišite tudi morebitne sledi nasilja na oblačilih): Telesne poškodbe (opišite):

Kraj nastanka: _____

Datum in ura nastanka: _____

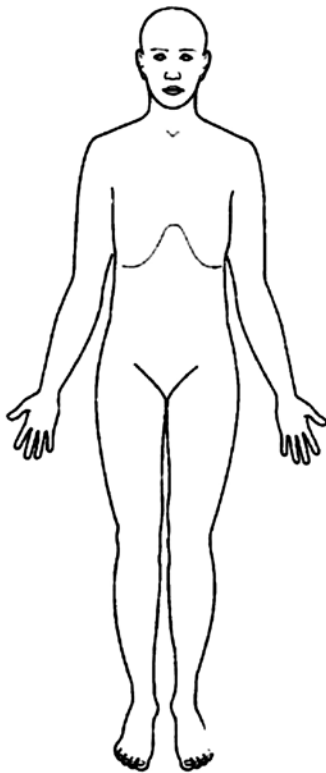
Mehanizem nastanka: _____

Opis vrste, oblike, velikosti in barve poškodb (vrišite tudi v shemo telesa): _____

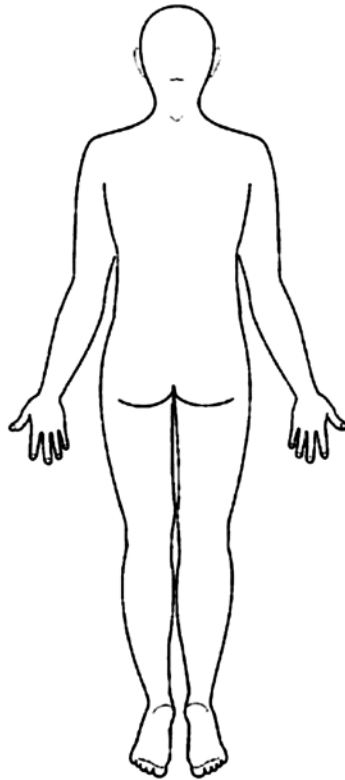
Morebitne druge posebnosti v telesnem statusu (opišite):

Fotografije poškodb: Da Ne

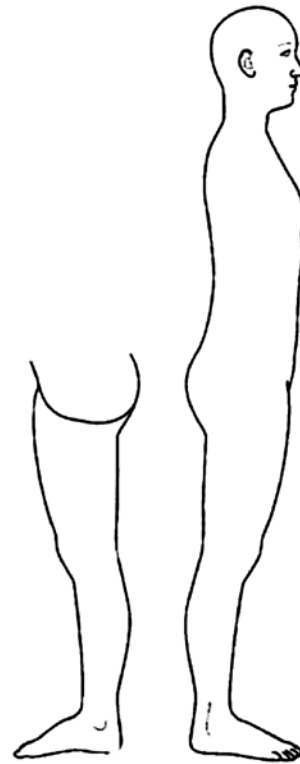
Spredaj



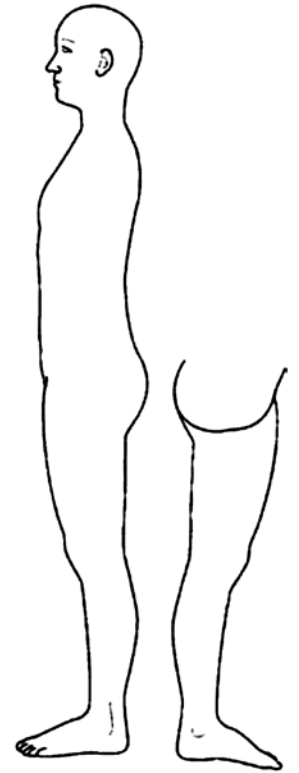
Zadaj



Desna



Leva



Notranja

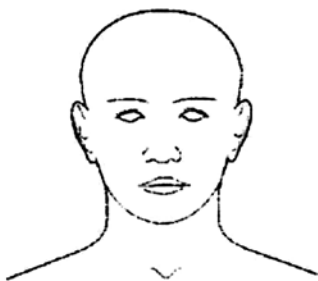
Zunanja

Zunanja

Notranja

Označite – vrišite mesto poškodb

Desna



Leva



Desna



Leva



Desna



Leva

Opravljene preiskave:

- a) Laboratorijske preiskave
- b) RTG
- c) CT
- d) MRI
- e) UZ
- f) Drugo: _____

Diagnoze:**Zdravstvena obravnava:**

- a) Oskrba ran, šivanje
- b) Imobilizacija (longeta, mavec.)
- c) Operacija
- d) Sprejem v bolnišnico
- e) Medikamentozna terapija
- f) Psihosocialno svetovanje
- g) Drugo: _____

Trenutna ocena ogroženosti žrtve:

- a) Osnovna
- b) Srednja
- c) Visoka

Kaj je bilo svetovano staršem/skrbnikom:

- a) Kontrolni pregled
- b) Specialistični pregled
- c) Pomoč CSD
- d) Pomoč psihologa/ psihiatra
- e) Pomoč NVO (ki nudijo pomoč žrtvam nasilja)
- f) Pomoč policije
- g) Drugo: _____

Obveščanje pristojnih inštitucij:

- a) Prijava CSD podana dne: _____
- b) Prijava policiji podana dne: _____
- c) Prijava osebnemu zdravniku poslana dne: _____

Ime in priimek zdravnika,
ki je prisoten pri obravnavi
Podpis

Ime in priimek medicinske sestre,
ki je prisotna pri obravnavi
Podpis