

CİNSEL SALDIRI MUAYENE RAPORU

(Erkekler için)

SAĞLIK KURULUŞUNUN ADI

GÖNDERİLEN RESMİ KURUM

Rapor tanzim tarihi ve saati: / / -

Rapor no:

Gönderen Makam :

Resmî yazı tarihi, no : / / -

EŞLİK EDEN RESMİ GÖREVLİNİN

Adı soyadı, sicil no : -

MUAYENEYE GÖNDERİLME NEDENİ

» AÇIKLAMALARA bakınız

MUAYENE EDİLENİN

T.C. Kimlik no :

Adı soyadı :

Baba adı :

Doğum yeri ve tarihi : - / /

Mesleği :

MUAYENE EDİLENİN TIBBİ KİMLİĞİ :
Geçerli kimlik belgesi olmayanlar için doldurulacaktır

MUAYENE EDİLENİN RIZA BEYANI

» Bu Bölüm, muayene edilen kişi tarafından el yazısı ile doldurulacaktır.

Dr. tarafından, yapılacak muayene ve tetkikler hakkında bana bilgi verildi. Muayenem ile gerekli tetkiklerin yapılmasını ve ilgili raporun düzenlenmesini kabul (ediyorum / etmiyorum)

Adı Soyadı : İmzası:

Veli, vasi veya kanuni temsilcisinin (18 yaşından küçüklerde veya vesayet altında bulunanlarda)

Adı Soyadı : İmzası:

Yakınlık derecesi :

MUAYENEYE ESAS OLAYLA İLGİLİ BİLGİLER

» Bu bölümdeki bilgileri, muayeneye getirilen kişinin ifadelerine göre doldurunuz.

OLAYIN ÖYKÜSÜ : Tarih ve saat bilgilerini belirtmeyi unutmayınız

MUAYENE EDİLENİN ŞİKAYETLERİ :

Muayene edilenin adı soyadı :

Rapor tarihi ve no : / / -

OLAYLA BAĞLANTILI BİLGİ ve BULGULAR

» Muayene edilenin cevaplamaına bağlı konularda zorlamaya gitmeyiniz, ilgili kısmı cevap vermiyor/bilmiyor şeklinde işaretleyiniz.

Muayene tarihi	:	Muayene saati	:
Olay öncesi alkol / ilaç kullanımı	: <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Cevap vermiyor / bilmiyor
Saldırı sırasında anal penetrasyon	: <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Cevap vermiyor / bilmiyor
Saldırı sırasında saldırganın ejakülasyonu	: <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Cevap vermiyor / bilmiyor
Saldırı sırasında kaydırıcı madde kullanımı	: <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Cevap vermiyor / bilmiyor
Saldırı sırasında kondom kullanımı	: <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Cevap vermiyor / bilmiyor
Saldırı sırasında fiziksel/sözel şiddet/tehdit kullanımı	: <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Cevap vermiyor / bilmiyor
Saldırı sırasında silah ve/veya benzeri alet kullanımı	: <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Cevap vermiyor / bilmiyor
Daha önceden benzer saldırı öyküsü	: <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Cevap vermiyor / bilmiyor
Olay sonrası yıkanma	: <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Cevap vermiyor / bilmiyor
Geçirilmiş veya halen mevcut veneryal hastalık öyküsü ?	: <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	»
Geçirilmiş veya halen mevcut emosyonel hastalık öyküsü ?	: <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	»
Sanık sayısı	:	Sanık(lar)ın yaşı	:
Sanık(lar) – mağdur ilişkisi	:		
Muayene edilenin giysileri	: <input type="checkbox"/> İncelendi	<input type="checkbox"/> İncelenmedi	<input type="checkbox"/> Muhafaza altına alındı / alındı

MUAYENE BULGULARI

» Bu Bölümde, bütün kısımların doldurulması gerekmektedir. Olaya, iddiaya, talebe ve muayene bulgularına göre gerekli görülenleri yapınız ve ilgili kısmı doldurunuz.

Muayene tarihi : / / Muayene saati :

ANAL ve PERİANAL MUAYENE

» Varsa lezyon bulunan bölgeyi işaretleyip, özelliklerini tanımlayınız ve lezyonları DİYAGRAM üzerinde gösteriniz.

<input type="checkbox"/> Perianal bölge	<input type="checkbox"/> Anal mukoza	<input type="checkbox"/> Anal sfinkter tonusu	<input type="checkbox"/> Rektum
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

DİĞER VÜCUT BÖLGELERİ

» Varsa lezyon bulunan bölgeyi işaretleyip, özelliklerini tanımlayınız ve lezyonları DİYAGRAM üzerinde gösteriniz.

<input type="checkbox"/> Saçlı deri	<input type="checkbox"/> Yüz-ağız	<input type="checkbox"/> Boyun	<input type="checkbox"/> Gövde	<input type="checkbox"/> Ekstremiteler	<input type="checkbox"/> Gluteal bölge	<input type="checkbox"/> Diğer
.....						
.....						
.....						

SİSTEM MUAYENELERİ

» Tespit edilen diğer bulgularla ilgili sistemi işaretleyiniz ve bulguları belirtiniz.

<input type="checkbox"/> Merkezi Sinir S.	<input type="checkbox"/> Kalp Damar S.	<input type="checkbox"/> Solunum Sistemi	<input type="checkbox"/> Sindirim Sistemi	<input type="checkbox"/> Ürogenital S.	<input type="checkbox"/> Kas İskelet S.	<input type="checkbox"/> Duyu Organları	
Genel durumu	:	Bilinci	:	Tansiyon arteryel	: mmHg	Nabız	: / dk
Solunum	:	Pupiller	:	Işık refleksi	:	Tendon refleksi	:
.....							
.....							
.....							

Muayene edilenin adı soyadı :

Rapor tarihi ve no :/...../..... -

MUAYENE BULGULARI (devam)**PSİKİYATRİK MUAYENE**

Temel psikiyatrik değerlendirmeyi / muayeneyi her vaka için yapıp, olayın mahiyetine göre veya herhangi bir psikopatolojik bulgu saptamanız durumunda ayrıntılı psikiyatrik muayeneye geçiniz veya psikiyatri konsültasyonu isteyiniz. Bu durumda, rapora PSİKİYATRİK MUAYENE/KONSÜLTASYON RAPORU formu ilave ediniz.

Temel psikiyatrik muayene yapıldı

- ☐ Belirgin bir psikopatolojik bulgu saptanmadı.
- ☐ Ayrıntılı psikiyatrik muayeneye gerek duyuldu. Bkz:Psikiyatrik Muayene/Konsültasyon Raporu
- ☐ Psikiyatri konsültasyonu istendi. Bkz:Psikiyatrik Muayene/Konsültasyon Raporu

ALINAN MATERYAL

Muayene edilenden aldığınız materyalleri işaretleyerek, tetkik sonuçlarına Raporun SONUÇ kısmında yer veriniz.

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oral sürüntü | <input type="checkbox"/> Kan | <input type="checkbox"/> Saç kılı | <input type="checkbox"/> Diğer |
| <input type="checkbox"/> Anal sürüntü | <input type="checkbox"/> Tükrük | <input type="checkbox"/> Pubis kılı | |
| <input type="checkbox"/> Dermal sürüntü | <input type="checkbox"/> Tırnak altı materyali | <input type="checkbox"/> Giysi | |

EKLENEN KONSÜLTASYON RAPORLARI ve TIBBİ BELGE ÖRNEKLERİ

Varsa Rapora eklenen Vücut Diyagramı, Konsültasyon Muayene Raporu, Psikiyatrik Muayene/Konsültasyon Raporu ve diğer tıbbi belge örneklerini belirtiniz.

- ☐ Psikiyatrik muayene / konsültasyon Raporu (..... Sayfa)
- ☐ Konsültasyon Raporu (..... Sayfa)
- ☐ Diğer Numaralandırarak sırayla belirtiniz

SONUÇ

Bu kısmı, Genelge ve Rehberde belirtilen hususları dikkate alarak doldurunuz. Tıbbi terimleri kısaltma yapmadan tam olarak yazınız. Boş kalan kısımları çizerek iptal ediniz. Talep edilmişse veya gerek görülmüşse, kişinin ALKOL MUAYENESİ sonucunu bu kısımda belirtiniz.

- Bir başka sağlık kuruluşuna sevkine ☐ Gerek görülmedi ☐ Gerek görüldü (Gerekçesini aşağıda açıklayınız)
- ☐ Kesin rapor ☐ Durumu bildirir geçici rapor

MUAYENEYİ YAPAN VE RAPORU DÜZENLEYEN TABİBİN

Adı soyadı : İmzası :

Diploma no : Kurum Mührü :

CİNSEL SALDIRI MUAYENE RAPORU

(Erkekler için)

Muayene edilenin adı soyadı :

Rapor tarihi ve no : / / -

