

Rekomendacje grupy ekspertów Sekcji Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dla lekarzy w zakresie postępowania z ofiarami przestępstw przeciwko wolności seksualnej i przemocy w rodzinie

The recommendations of the experts of the Section of Pediatric Gynecology and Girly Polish Gynecological Society for physicians in dealing with victims of crimes against sexual freedom and violence in the family

Zespół Ekspertów w składzie:

- Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta – przewodnicząca Sekcji Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej PTG, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- Dr hab. n. med. Agnieszka Droszol-Cop – z-ca przewodniczącej Sekcji Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej PTG, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- Dr hab. n.pr. prof. UwB Ewa M. Guzik-Makaruk – Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku
- Dr n.pr. Urszula Drozdowska – radca prawny, członek Izby Radców Prawnych w Białymstoku
- Dr n.pr. Dorota Huzarska – radca prawny, członek Izby Radców Prawnych w Białymstoku
- Dr n. med. Anna B. Kluz-Kowal – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- Jagna Rumińska – sędzia Sądu Rejonowego w Bytomiu
- Michał Ciupa – adwokat, członek Izby Adwokackiej w Katowicach
- Waldemar Cop – prokurator Prokuratury Rejonowej w Bytomiu

w dniu 2 stycznia 2015 roku dokonał opracowania rekomendacji dla lekarzy w zakresie postępowania z ofiarami przestępstw przeciwko wolności seksualnej i przemocy w rodzinie.

PREAMBUŁA

Lekarz ginekolog w swojej praktyce zawodowej niejednokrotnie styka się z ofiarami przestępstw przeciwko wolności seksualnej i ofiarami przemocy w rodzinie. Katalog przestępstw przeciwko wolności seksualnej zawarty jest w Kodeksie karnym w rozdziale XXV i zawiera przestępstwo zgwałcenia (art. 197), nadużycia zależności (art. 199), obcowania płciowego z ma-

łoletnim poniżej 15. roku życia (art. 200), zakazanego nawiązania kontaktu z małoletnim (art. 200a), kazirodztwa (art. 201) - by wymienić tylko te przestępstwa, których popełnienie w najbardziej oczywisty sposób może ujawnić lekarz ginekolog. Natomiast zjawisko przemocy w rodzinie ma własną definicję legalną i przemocą taką jest jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą. Przy czym za członków rodziny, także na mocy definicji ustawowej, uważać należy małżonka, wstępnego, zstępnego, rodzeństwo, powinowatego w tej samej linii lub stopniu, osobę pozostającą w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, a także osobę pozostającą we wspólnym pożyciu oraz inną osobę wspólnie zamieszkującą lub gospodarującą (art. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie). Podobną definicję osoby najbliższej zawiera art. 115 §11 Kodeksu karnego.

Zawsze w pierwszej kolejności obowiązkiem lekarza będzie udzielenie pomocy o charakterze medycznym i na tym ma on prawo się w pełni skoncentrować, choć niektóre z czynności medycznych, co zostanie każdorazowo zaakcentowane w rekomendacjach, powinny zostać przeprowadzone z uwzględnieniem potrzeb postępowania dowodowego prowadzonego w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa.

Dopiero w drugiej kolejności lekarz powinien rozważyć, czy ciąży na nim obowiązek prawny lub społeczny zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, a przy tym, czy istnieje podstawa do zwolnienia go z zachowania tajemnicy lekarskiej. Stosownie do art. 304 §1 kodeksu postępowania karnego,

każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję. Natomiast w §2 postanowiono, że instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.

ROLA LEKARZA W OPIECE NAD OFIARĄ PRZEMOCY SEKSUALNEJ

W pierwszej kolejności lekarz powinien zabezpieczyć medycznie pacjenta, na co składa się:

- rozpoznanie i ustabilizowanie stanów nagłych;
- rozstrzygnięcie kwestii konieczności udzielenia pomocy innym pacjentom będącym pod jego opieką;
- przeprowadzenie i udokumentowanie wywiadu lekarskiego;
- badanie fizykalne i ginekologiczne;
- ocena i leczenie urazów fizycznych;
- pobranie materiału do badań bakteriologicznych;
- zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą płciową;
- poradnictwo w zakresie zapobiegania ciąży;
- ustalenie terminu wizyt kontrolnych;
- pomoc psychoterapeutyczna;
- sporządzenie dokumentacji medycznej, pomoc w zebraniu dowodów przestępstwa po ustaleniu oczekiwań organów ścigania w tym zakresie (lekarz powołany w charakterze biegłego);
- powiadomienie odpowiednich władz o podejrzeniu popełnienia przestępstwa (w zależności od konkretnego przypadku).

W przypadku podejrzenia wykorzystania seksualnego dziewczynki badania powinien dokonać lekarz położnik-ginekolog; w przypadku chłopca - lekarz chirurg dziecięcy we współpracy z położnikiem-ginekologiem. Jeżeli podejrzewa się obecność obrażeń narządów wewnętrznych mogących zagrażać życiu poszkodowanej osoby małoletniej, należy wezwać konsultującego lekarza chirurga dziecięcego.

1. Przeprowadzenie i udokumentowanie wywiadu lekarskiego

Osoby, co do których zachodzi przypuszczenie, że są ofiarami nadużycia seksualnego powinny zostać niezwłocznie przyjęte do izby przyjęć i skierowane do ustronnego pomieszczenia, w celu zapewnienia im prywatności i intymności. Po wstępnej ocenie podstawowych funkcji życiowych pacjentki (drożność dróg oddechowych, wydolność układu krążenia) i wykluczeniu obecności obrażeń narządów wewnętrznych mogących zagrażać życiu poszkodowanej, należy, w miarę możliwości, zebrać i udokumentować dokładny wywiad lekarski, który powinien obejmować poniższe zagadnienia:

- wiek i dane identyfikacyjne ofiary oraz domniemanego sprawcy (powiązanie z ofiarą);
- data, godzina, miejsce i okoliczności zdarzenia;
- data i godzina badania;
- szczegóły dotyczące nadużycia seksualnego (opisy dokonanych aktów seksualnych, wystąpienie wytrysku, użycie przemocy fizycznej, broni, narkotyków, spożycia alkoholu, stosowania leków przez ofiarę lub sprawcę przed wystąpieniem zdarzenia);
- czynności wykonane przez ofiarę po zdarzeniu/napaści (zmiana odzieży, kąpiel, prysznic, oddanie moczu);
- wywiad ginekologiczno-położniczy (data ostatniej miesiączki, stosowana antykoncepcja, aktualne i przebyte infekcje przenoszone drogą płciową (STI), ostatni dobrowolny kontakt seksualny, przebyte operacje, ciążę, porody i poronienia).

2. Badanie fizykalne ogólne

Badanie fizykalne ogólne należy rozpocząć od dokładnej oceny stanu ogólnego, emocjonalnego ofiary, oceny całego ciała, ze szczególnym uwzględnieniem okolic podbrzusza, powierzchni wewnętrznej i zewnętrznej ud, pośladków i kończyn, w celu poszukiwania śladów związanych z przemocą (obrzęk, wybroczyny, otarcia naskórka, ślady ugryzienia, zranienia, złamania). Wszystkie obrażenia ciała, zlokalizowane poza narządami płciowymi, powinny być również dokładnie opisane w karcie obdukcji (charakter, szkic lokalizacji obrażeń).

Analizę medyczno – sądową powinno się przeprowadzić do 72. godzin od aktu seksualnego; im wcześniej nastąpi badanie i pobranie próbek, tym większe prawdopodobieństwo prawidłowego zabezpieczenia dowodów.

Badanie przedmiotowe może odbywać się w obecności osoby asystującej – drugiego lekarza, położnej lub pielęgniarki, tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub za zgodą pacjenta oraz w obecności wskazanej przez ofiarę osoby bliskiej (w przypadku prośby poszkodowanej pełnoletniej), w warunkach zapewniających komfort i intymność.

Stosownie do art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, osoba bliska oznacza małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

W przypadku osób małoletnich badanie powinno zostać przeprowadzone w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Stosownie do przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego przedstawicielem ustawowym jest co do zasady rodzic lub opiekun prawny. Stosownie do art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta opiekun faktyczny oznacza osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

Osoba małoletnia może poprosić o przeprowadzenie badania ginekologicznego w warunkach intymnych - bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego, co powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej. Jeśli przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny nie wyrazi zgody na badanie bez jego obecności należy fakt ten odnotować w dokumentacji medycznej i przeprowadzić badanie w jego obecności. Należy jednak mieć na uwadze, że w przypadku podejrzenia, iż osoba małoletnia jest ofiarą przestępstwa przeciwko wolności seksualnej, lekarz może przeprowadzić badanie tej osoby, jeżeli nie ma, ani przedstawiciela ustawowego, ani opiekuna faktycznego, albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe (np. stan nietrzeźwości, stan po użyciu środków odurzających i psychotropowych). Sprzeciw przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego przy istniejącej możliwości porozumienia się z nimi można przełamać zgodą sądu opiekuńczego.

Uregulowania prawne w zakresie uzyskania zgody pacjentki będącej ofiarą przestępstwa przeciwko wolności seksualnej lub przemocy w rodzinie na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz badanie, nie odbiegają od ogólnych zasad wyrażonych w art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w art. 32-34 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry:

- zasadą jest, w wypadku pacjenta małoletniego, każdorazowe uzyskanie zgody jego przedstawiciela ustawowego na udzielenie pacjentowi świadczeń zdrowotnych, a w wypadku, gdy pacjent ukończył 16. lat – uzyskanie także zgody tego pacjenta. W sytuacji, gdy taki pacjent, skorzysta z przysługującego mu prawa do wyrażenia sprzeciwu, co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego;
- w przypadku braku przedstawiciela ustawowego, zgody może udzielić opiekun faktyczny małoletniego pacjenta, jednak tylko w odniesieniu do samego badania;
- w sytuacji, gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe, dla udzielenia świadczeń zdrowotnych konieczne jest zezwolenie sądu opiekuńczego;
- do wyjątków należą jednak sytuacje, w których pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Wówczas badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, ale decyzję taką lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem i okoliczności odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta. Gdy zwłoka spowodowana

postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, w takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy informując ich o zaistniałych okolicznościach, przy czym wszystkie te warunki muszą być spełnione łącznie – począwszy od warunków określających sytuację, w której znalazł się pacjent, po dopełnienie warunków formalnych;

- § zgoda lub sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osoby uprawnionej, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom, albo brak takiej woli, jedynie w przypadku zabiegu operacyjnego, albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych należy odebrać w formie pisemnej;
- § w każdym wypadku przed wyrażeniem zgody, osoba uprawniona do jej wyrażenia ma prawo do uzyskania informacji na temat swojego stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- § lekarz powinien zapoznać się z opinią osoby małoletniej oraz uszanować zajęte przez nią stanowisko z uwzględnieniem stopnia jej dojrzałości, o ile nie będzie to stało w sprzeczności z opisaną wyżej regulacją.

3. Badanie ginekologiczne

Badanie narządów płciowych powinno stanowić końcowy etap badania fizykalnego małoletniej lub pełnoletniej ofiary przemocy seksualnej. Wszystkie obrażenia narządów płciowych powinny być dokładnie zapisane w karcie badania ofiary (dokładny opis, szkic lokalizacji). W badaniu ginekologicznym należy wykorzystać odpowiednio dobrane wzorniki ginekologiczne, które w wybranych przypadkach można zwilżyć jedynie 0,9% roztworem NaCl. W przypadku podejrzenia penetracji analnej lub stwierdzenia oznak urazu tej okolicy, należy przeprowadzić badanie przez odbyt.

U dziewcząt badanie ginekologiczne można przeprowadzić w pozycji litotomijnej, „żabiej” lub kolankowo-piersiowej – najbardziej komfortowej dla dziecka i umożliwiającej pobranie materiału. Do najczęstszych obrażeń narządów płciowych żeńskich, powstałych w wyniku przemocy seksualnej wobec małoletnich dziewcząt, należą: otarcia spoidła tylnego, warg sromowych mniejszych, błony dziewiczej i dołu łódkowatego cewki moczowej. W trakcie badania ginekologicznego należy pobrać wymaz z przedsionka pochwy

(dziewczęta), pochwy i ujścia zewnętrznego szyjki macicy (pacjentki pełnoletnie i dziewczęta aktywne seksualnie) za pomocą odpowiednio przygotowanej jałowej wymazówki – zapewniającej stały dostęp powietrza (dostarczonej przez technikę kryminalistyki). Następnie w podobny sposób należy pobrać wymaz z okolicy odbytu.

W przypadku podejrzenia penetracji waginalnej należy pobrać wydzielinę pochwową lub, przy jej braku, popłuczyny pochwowe z zastosowaniem niewielkiej objętości jałowego 0,9% roztworu NaCl (zestaw składający się z plastikowej pipety i probówki) oraz pobrać rozmaz cytologiczny z szyjki macicy i kanału szyjki (zestaw do pobierania cytologii). Badaniem laboratoryjnym takiego materiału można wykryć ruchome plemniki, inne składniki nasienia (fosfataza kwaśna, białko p30, antygen swoisty dla pęcherzyków nasiennych) oraz antygeny układu ABO. Wykrycie plemników w wydzielinie pochwowej potwierdza kontakt seksualny w ciągu poprzedzających kilku godzin (ruchome plemniki mogą przetrwać do 8. godzin, nieruchome do 24. godzin). W rozmazie z szyjki macicy – ruchome plemniki można wykryć kilka dni (2-3 dni), a nieruchome do 17. dni po stosunku waginalnym.

W przypadku przemocy seksualnej wobec chłopca należy dokonać dokładnej oceny męskich narządów płciowych i precyzyjnie opisać istniejące obrażenia w karcie badania chłopca. Należy również pobrać wymaz z ujścia zewnętrznego cewki moczowej i okolicy odbytu za pomocą odpowiednio przygotowanych jałowych wymazówek ze stałym dostępem powietrza.

Zebranie dowodów rzeczowych w przypadku kontaktów genitalno-oralnych polega na pobraniu wymazu z jamy ustnej (za pomocą odpowiednio przygotowanej jałowej wymazówki ze stałym dostępem powietrza) i popłuczyn z jamy ustnej (przy użyciu 10% roztworu etanolu, który utrzuwa kwas DNA i zapobiega rozwojowi bakterii) do jałowego pojemnika (pojemnik na moczu). Należy podkreślić, iż nasienie ulega szybkiemu zniszczeniu pod wpływem enzymów śliny, a zatem ustalenie, czy wytrysk nastąpił w jamie ustnej, jest niezwykle trudne.

4. Zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą płciową

Ryzyko zakażenia infekcją przenoszoną drogą płciową (STI) w następstwie wymuszonego kontaktu seksualnego, w grupie kobiet aktywnych seksualnie w ciągu ostatnich 3. miesięcy, wynosi około 14,4%, a wśród dzieci i dziewcząt nieaktywnych seksualnie - około 4,3%. Częstość występowania poszczególnych zakażeń u ofiar wymuszonego kontaktu seksualnego waha się następująco: 19,5% - *Gardnerella vaginalis*, 12,3% - *Trichomonas vaginalis*, 6-12% - *Neisseria gonorrhoeae*, 4-17% - *Chlamydia trachomatis*, 3% - *Treponema pallidum* oraz zakażenia wirusowe (HBV, HCV, HIV) – około 0,5%.

U ofiar zgwałcenia zaleca się, w miarę istniejących możliwości, wykonanie diagnostycznych badań mikro-

biologicznych w kierunku rzeżączki i chlamydiozy. Materiał na posiew należy pobrać ze wszystkich miejsc kontaktu (pochwa, szyjka macicy, odbytu, gardło) i wykonać standardowe preparaty bezpośrednio. Dodatkowo wskazane jest wykonanie testów diagnostycznych w kierunku kiły i adekwatne leczenie po uzyskaniu wyniku. U niektórych pełnoletnich kobiet/małoletnich dziewcząt - ofiar nadużycia seksualnego zaleca się przeprowadzenie profilaktycznej antybiotykoterapii, w zależności od indywidualnych wskazań:

- w przypadku zakażenia *N. gonorrhoeae* – ceftriakson (250 mg i.m. w dawce jednorazowej) lub cefiksym (400 mg p.o. w dawce jednorazowej) lub ciprofloksacyna (500 mg p.o. w dawce jednorazowej) lub ofloksacyna (400 mg p.o. w dawce jednorazowej) lub spektomycyna (2g i.m. w dawce jednorazowej), u dzieci - dawkowanie w zależności od wieku i masy ciała;
- *Ch. trachomatis* – azytromycyna (1g p.o. w dawce jednorazowej) lub doksycyklina (100 mg p.o. co 12. godzin przez 7 dni) – przeciwwskazana u kobiet ciężarnych, u dzieci - dawkowanie w zależności od wieku i masy ciała;
- *T. vaginalis* lub *G. vaginalis* – metronidazol (2g p.o. w dawce jednorazowej) – u kobiet ciężarnych dopiero po ukończeniu I trymestru, u dzieci - dawkowanie w zależności od wieku i masy ciała;
- immunizacja przeciwko WZW typu B – jeżeli pokrzywdzona nie przeszła wcześniej pełnego cyklu szczepienia;
- postępowanie profilaktyczne przeciwtężcowe – kobiety/dziewczęta nieszczepione.

U ofiar przemocy seksualnej należy w trakcie pierwszego badania i obdukcji wykonać test w kierunku infekcji wirusem HIV i powtórzyć go po 6. tygodniach od zdarzenia. WHO rekomenduje również wdrożenie u wszystkich ofiar zgwałcenia w ciągu 72. godzin od chwili czynu, profilaktycznego leczenia antyretrowirusowego, obejmującego: Zidowudynę (300 mg - co 12. godzin) i Lamiwudynę (150mg - co 12. godzin) stosowane przez 28. dni; u dzieci dawkowanie uzależnione jest od wieku i masy ciała.

5. Poradnictwo w zakresie zapobiegania ciąży

Całkowite ryzyko zajścia w ciążę w następstwie aktu przemocy seksualnej wynosi około 5%. Do rutynowego postępowania podczas badania pokrzywdzonej należy wykonanie testu ciążowego, udokumentowanie jego wyniku i ustalenie daty ostatniej miesiączki. Ofiarom zgwałcenia, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami, należy umożliwić zastosowanie antykoncepcji postkoitalnej.

6. Pomoc psychologiczna

U ofiar przemocy seksualnej mogą występować objawy ostrej fazy zespołu stresu pourazowego pod postacią: gniewu, strachu, niepokoju, wzmożonej płaczliwości lub braku uzewnętrzniania emocji. Lekarz powinien

zapewnić ofierze nadużycia seksualnego wsparcie psychologiczne. Idealnym rozwiązaniem jest dostępność i możliwość natychmiastowej interwencji psychologa klinicznego. Do zadań lekarza należy również poinformowanie poszkodowanej o możliwych odległych następstwach wykorzystania seksualnego (np. zaburzenia snu, wahania nastroju, depresja) oraz wskazanie miejsca uzyskania pomocy psychoterapeutycznej.

7. Kwestia zawiadomienia organów ścigania i sądu opiekuńczego o podejrzeniu popełnienia przestępstwa

W systemie prawa istnieją regulacje nakazujące w określonych sytuacjach współpracowanie z organami wymiaru sprawiedliwości.

Najdalej idący obowiązek w tym zakresie wynika z art. 240 Kodeksu karnego (kk), gdyż jego niedopełnienie jest zagrożone sankcją karną. Obowiązek niezwłocznego zawiadomienia z mocy ustawy w sytuacjach, z którymi może zetknąć się lekarz, dotyczy następujących czynów zabronionych: zabójstwa, bezprawnego pozbawienia wolności, jak również każdego przestępstwa o charakterze terrorystycznym. Podkreślić przy tym należy to, co może być istotne w praktyce, że obowiązek zawiadomienia dotyczy także usiłowania wyżej wymienionych przestępstw oraz, co równie istotne, także sytuacji, w których z uwagi na niepoczytalność lub wiek, sprawca czynu nie zostanie pociągnięty do odpowiedzialności karnej. Zawiadomienie w takiej sytuacji powinno nastąpić „niezwłocznie”, co nie oznacza jednak „natychmiast”, a jedynie „bez zbędnej zwłoki”. Jedynie w sytuacji, gdy lekarz ma już do czynienia ze zgonem, w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że jego przyczyną było przestępstwo, lekarz, jak i inne osoby powołane do oględzin zwłok powinni zawiadomić o tym natychmiast właściwego prokuratora lub najbliższy posterunek Policji (art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych).

Natomiast zgodnie z art. 12 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie w brzmieniu od 2010 roku, osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora. W ten sposób ustawa jednoznacznie określa adresata takiego zawiadomienia. Obowiązek ten ma zatem obecnie szeroki zakres podmiotowy, gdyż obejmuje osoby wykonujące swój zawód nawet poza stosunkiem zatrudnienia, a zatem także w ramach indywidualnych praktyk lekarskich.

Obowiązek ten dotyczy jednak tylko przestępstw ściganych z urzędu, do których od 27 stycznia 2014 roku należy także przestępstwo zgwałcenia (także zgwałcenia osoby dorosłej – art. 197 kk), ścigane do tej pory w trybie bezwzględnie wnioskowym. Nadal ścigane z oskarżenia prywatnego pozostają przestępstwa naruszenia nietykalności cielesnej, także lekkiego

uszczerbku na zdrowiu oraz ścigane w trybie wnioskowym groźby karalne, o ile zachowania te nie przeradzają się w przestępstwo znęcania.

Niedopełnienie obowiązku określonego w art. 12 omawianej ustawy - zawiadomienia o przestępstwie przemocy w rodzinie - nie jest opatrzone sankcją karną wprost na podstawie tej ustawy. Odpowiedzialność karną ryzykują jedynie osoby, które posiadają przymiot funkcjonariusza publicznego lub które nie dopełniwszy tego obowiązku narażą w sposób bezpośredni inną osobę na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia.

Zgodnie natomiast z art. 304 §1 Kodeksu postępowania karnego (kpk), każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję. Obowiązek ten ma zatem powszechny charakter i jak wynika wprost z ustawy, jest to obowiązek społeczny, a zatem nie został obłożony sankcją. Nieco odmiennie ustawodawca obowiązek ten ukształtował w odniesieniu do instytucji państwowych i samorządowych, które, zgodnie z art. 304 §2 kpk, o ile w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję. Co więcej, w takiej sytuacji instytucje te mają dodatkowy obowiązek przedsięwzięcia niezbędnych czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa. Obowiązek ten nie spoczywa na każdym pracowniku, lecz tylko na tych osobach, które są upoważnione do działania w imieniu instytucji. Instytucją samorządową jest przy tym także izba lekarska, jako instytucja samorządu zawodowego.

Obowiązek zawiadomienia zrealizować można w drodze pisemnego lub osobistego zawiadomienia jakiegokolwiek jednostki Policji lub prokuratury, przy czym można to uczynić nawet telefonicznie po upewnieniu się, co do tożsamości rozmówcy. Fakt ten należałoby odnotować w swoich notatkach z uwagi na wysokie prawdopodobieństwo występowania w ewentualnej sprawie sądowej w charakterze świadka.

Zawiadomienie sądu opiekuńczego możliwe jest natomiast w trybie art. 572 Kodeksu postępowania cywilnego. Przepis ten stanowi bowiem, iż każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy. Obowiązek ten ciąży przede wszystkim na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuratorach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach Policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi.

Zgodnie z dyspozycją art. 109 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeżeli dobro dziecka jest zagrożone, sąd opiekuńczy wyda odpowiednie zarządzenia. Sąd opiekuńczy może w szczególności:

- 1) zobowiązać rodziców oraz małoletniego do określonego postępowania, w szczególności do pracy z asystentem rodziny, realizowania innych form pracy z rodziną, skierować małoletniego do placówki wsparcia dziennego, określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub skierować rodziców do placówki, albo specjalisty zajmujących się terapią rodzinną, poradnictwem lub świadczących rodzinie inną stosowną pomoc z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonania wydanych zarządzeń;
- 2) określić, jakie czynności nie mogą być przez rodziców dokonywane bez zezwolenia sądu, albo poddać rodziców innym ograniczeniom, jakim podlega opiekun;
- 3) poddać wykonywanie władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego;
- 4) skierować małoletniego do organizacji lub instytucji powołanej do przygotowania zawodowego, albo do innej placówki sprawującej częściową pieczę nad dziećmi;
- 5) zarządzić umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka, albo w instytucjonalnej pieczy zastępczej, albo powierzyć tymczasowo pełnienie funkcji rodziny zastępczej małżonkom lub osobie, niespełniającym warunków dotyczących rodzin zastępczych, w zakresie niezbędnych szkoleń, określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, albo zarządzić umieszczenie małoletniego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

Właściwym sądem w tym wypadku będzie wydział rodzinny sądu rejonowego właściwego dla miejsca zamieszkania dziecka. Trafnie podnosi się w literaturze, że skłonność społeczeństwa do współpracy z organami ścigania zależy od poziomu świadomości i kultury prawnej społeczeństwa, od stopnia poczucia zagrożenia przestępczością oraz od opinii społecznej o sprawności działania organów ścigania, sposobie traktowania obywateli przez te organy oraz roli, jaką spełniają w społeczeństwie. Bez dyskusyjny jest także podsumowujący wniosek, że w im większym stopniu postrzega się organy ścigania jako działające na rzecz obywatela i im mniej widzi się w nich aparat represji, w tym większej mierze organy te mogą liczyć na gotowość obywateli do współdziałania.

8. Kwestia obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej a zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa

Każdorazowo lekarz, rozważając zawiadomienie organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, musi jednak przede wszystkim ustalić czy jest zwolniony z obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Tajemnicą tą lekarz jest przy tym związany również po śmierci pacjenta.

Zgodnie z art. 40 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej jako u.z.l.l.d.), **zakazu ujawnienia informacji objętych tajemnicą lekarską nie stosuje się** jedynie wówczas, gdy tak stanowią ustawy, bądź gdy badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji, lecz wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje. Zakaz ten nie obowiązuje lekarza także wówczas, gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, bądź pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia. Zakazu tego nie stosuje się również, gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu bądź w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Do regulacji ustawowych, które nakładają na lekarza obowiązki ujawnienia, w pewnym zakresie, informacji objętych tajemnicą lekarską należy np. art. 27 ustawy z dnia 5. grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Taką normą jest także wspomniany wyżej obowiązek z art. 240 kk. Powszechnie przyjmuje się natomiast, iż obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej jest „silniejszy” niż obowiązek denuncjacji z art. 304 §1 kpk z uwagi na wspomniany wyżej powszechny charakter tego obowiązku. Dyskusyjny jest natomiast charakter regulacji z art. 12 Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, lecz w tym wypadku w przeważającej liczbie sytuacji, lekarz będzie zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy, gdy uzna, że jej zachowanie może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. W literaturze podnosi się również, że zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić także na podstawie kontratypu zgody pacjenta w sytuacji, gdy zgoda ta będzie z konieczności tylko domniemywana przez lekarza np. w wypadku nieprzytomnej ofiary zgwałcenia, a zatem w sytuacji, gdy lekarz będzie miał podstawy do uznania, że pacjentka przytomna taką zgodę by wyraziła.

Podsumowując, lekarz ginekolog zetknąwszy się w swojej praktyce zawodowej z ofiarami przestępstw przeciwko wolności seksualnej i ofiarami przemocy w rodzinie jest, poza wszelkimi wątpliwościami, zwolniony z obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu w każdej z poniższych sytuacji:

- określonej w art. 240 Kodeksu karnego;
- gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

- gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia.

Podkreślić należy, iż każdorazowo w sytuacjach opisanych wyżej, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie, czyli do zainicjowania i prowadzenia postępowania karnego. Naruszenie tajemnicy lekarskiej może się bowiem wiązać z odpowiedzialnością zawodową przed sądem lekarskim (art. 25-29 Kodeksu Etyki Lekarskiej), cywilną (naruszenie dóbr osobistych pacjenta), a konsekwencją najdalej sięgającą może być odpowiedzialność karna (art. 266 §1 kk). Art. 266 kk stanowi, iż każdy, kto wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Ściganie tego przestępstwa następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Z kolei funkcjonariusz publiczny, który ujawnia osobie nieuprawnionej informację niejawną o klauzuli „zastrzeżone” lub „poufne” lub informację, którą uzyskał w związku z wykonywaniem czynności służbowych, a której ujawnienie może narazić na szkodę prawnie chroniony interes, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Przestępstwo to jest ścigane z urzędu.

9. Kwestia powołania lekarza jako biegłego *ad hoc* – badanie pacjentki na zlecenie organów ścigania

Organy procesowe, przyjmując zawiadomienie o przestępstwie od osoby pokrzywdzonej lub też uzyskując uzasadnioną wiedzę o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, powinny bezzwłocznie przystąpić do realizacji czynności procesowych, których potrzeba wykonania wynika z posiadanych informacji, co ma zasadnicze znaczenie w procesie wykrywczym i gwarantuje powodzenie całego postępowania karnego.

Jedną z czynności procesowych są oględziny (art. 207 §1 kpk), przeprowadzane wyłącznie przez organ procesowy, który może wezwać do nich biegłego (art. 198 §1 kpk) lub specjalistę (art. 205 §1 kpk). Czynności tej nie można powtórzyć na dalszych etapach postępowania karnego i dlatego też winna ona być wykonana ze szczególną starannością. Spostrzeżenia poczynione w jej trakcie, nie tylko będą ukierunkowywać dalsze postępowanie, ale przede wszystkim będą weryfikować wstępne ustalenia.

W sprawach o przestępstwo zgwałcenia i inne przestępstwa na tle seksualnym dowody rzeczowe nabierają szczególnego znaczenia, gdyż rzeczowe źródła dowodowe dostarczają obiektywnej wiedzy o faktach. W przypadku przestępstwa zgwałcenia, kontakt fizyczny ofiary ze sprawcą pozostawia przeważnie na ich ciałach i odzieży określone ślady interakcji, np. włosy, włókna, ślady pochodzenia biologicznego (np. krew, skóra,

sperma, wydzieliny z pochwy). Ofiara może odnieść również pewne obrażenia ciała. Ich ilość i dolegliwość będzie zależała od stopnia przemocy użytej przez napastnika, jak również od tego, jak duży opór stawiała sama ofiara. Należy jednak podkreślić, że w sytuacji, gdy ofiara nie stawiała silnego oporu, lub w obawie przed bardziej dolegliwym postępowaniem sprawcy poddała się żądanym czynnościom seksualnym lub obcowaniu płciowemu, obrażenia ciała mogą być znikome lub niezauważalne.

W myśl art. 192 §1 kpk pokrzywdzony nie może sprzeciwić się oględzinom ciała i badaniom, gdy karalność czynu zależy od jego stanu zdrowia. Natomiast art. 192 §4 kpk stanowi, że dla celów dowodowych można każdego świadka poddać oględzinom ciała i badaniu lekarskiemu lub psychologicznemu, lecz tylko za jego zgodą.

Wielość i różnorodność zdarzeń, które naruszają normy prawa karnego materialnego, powoduje, że organy procesowe muszą korzystać z pomocy biegłych. Opinią biegłego zasięga się, gdy stwierdzenie okoliczności mającej istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych (art. 193 §1 kpk). Opinia jest zatem zawsze potrzebna, jeżeli ustalenie danej okoliczności wymaga wiedzy specjalnej i nie ma znaczenia czy organ procesowy sam taką wiedzę posiada. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się, że do wiadomości specjalnych zaliczyć należy wszelkie te wiadomości oraz umiejętności, które wykraczają poza przeciętne i praktyczne. Niewątpliwie lekarz uczestniczący w oględzinach ciała, jest osobą która posiada wiadomości specjalne w rozumieniu art. 193 §1 kpk.

Jednocześnie ustawa z dnia 5. grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewiduje w zakresie obowiązków lekarza wydawanie orzeczeń lekarskich (art. 2). Orzeczenia te mogą mieć różny charakter, różną formę i różne przeznaczenie. Przez orzeczenie lekarskie należy rozumieć pisemną lub ustną wypowiedź lekarza zawierającą wnioski wysnute ze stwierdzonego stanu faktycznego, która jest przeznaczona dla instytucji nielekarskich. W rozumieniu prawniczym przedkładana wypowiedź pisemna lub ustna lekarza powołanego w charakterze biegłego nazywana jest opinią lekarza biegłego lub opinią sądowo-lekarską.

Biegłego powołuje się w drodze postanowienia wydanego z urzędu lub na wniosek stron, określając zakres jego zadań. Możemy wyróżnić dwa rodzaje biegłych:

- biegły sądowy to osoba, która została wpisana na listę biegłych sądowych;
- biegły *ad hoc* to osoba, która nie jest biegłym sądowym, ale z uwagi na posiadaną wiedzę zostaje powołana do wykonania czynności biegłego.

W myśl art. 195 kpk, do pełnienia czynności biegłego jest zobowiązany nie tylko biegły sądowy, ale także każda osoba, o której wiadomo, że ma odpowiednią wiedzę w danej dziedzinie. Nie ma żadnej różnicy

w traktowaniu i ocenie opinii biegłego złożonej przez biegłego sądowego lub przez innego biegłego powołanego w określonej sprawie przez organ procesowy.

W przypadku przeprowadzania czynności w niezbędnym zakresie (art. 308 §1 kpk) dopuszczalne jest, w razie potrzeby, przeprowadzenie oględzin z udziałem biegłego. Czynności te prowadzone są przed formalnym wszczęciem dochodzenia lub śledztwa. W takim wypadku również powołanie biegłego może nastąpić w formie dyktowanej potrzebą zapobieżenia utracie dowodów przestępstwa, ich zniekształceniu lub zniszczeniu. W wypadkach niecierpiących zwłoki powołanie biegłego może nastąpić w innej formie niż pisemne postanowienie, nawet np. w rozmowie telefonicznej, choć musi ono być w dalszym toku postępowania potwierdzone we właściwej formie.

W myśl art. 205 §1 kpk, gdy oględziny, przesłuchania przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających przeprowadzenie tej czynności na odległość, eksperyment, ekspertyza, zatrzymanie rzeczy lub przeszukanie, wymagać będą czynności technicznych, w szczególności takich jak: wykonanie pomiarów, obliczeń, zdjęć, utrwalenie śladów, do udziału w nich można wezwać specjalistów. Specjalistą jest osoba posiadająca wiadomości specjalne niezbędne do wykonywania czynności o charakterze technicznym (np. technik kryminalistyki). Jeżeli zatem lekarz, występujący w charakterze biegłego, nie dysponuje odpowiednim sprzętem umożliwiającym zabezpieczenie śladów wykorzystania seksualnego i prawidłowe zebranie dowodów rzeczowych, powinien wezwać technika kryminalistyki poprzez oficera dyżurnego najbliższej jednostki Policji.

Lekarz powołany jako biegły jest obowiązany udzielić właściwym organom informacji o stanie zdrowia pacjenta, ponieważ art. 40 ust. 2 pkt 2 u.z.l.i.d. zezwala na ujawnienie tajemnicy, gdy badanie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych organów i instytucji.

Biegłemu za wykonywane czynności przysługuje wynagrodzenie. W stosunku do biegłych lekarzy szczełowe wytyczne odnośnie sposobu obliczania wynagrodzenia znajdują się w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra sprawiedliwości z dnia 24. kwietnia 2013 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu karnym wydanym na podstawie art. 618 f §5 kpk.

Biegły pełni funkcję pomocniczą organu wymiaru sprawiedliwości i z tego względu podlega wyłączeniu od opiniowania z tych samych powodów co sędzia, a więc, kiedy mogłyby wystąpić wątpliwości, co do jego bezstronności. Nie mogą być biegłymi np. osoby najbliższe dla stron postępowania, bądź osoby, które były świadkiem czynu (art. 196 §1 kpk). Jeżeli ujawnią się przyczyny wyłączenia biegłego, wydana przez niego opinia nie stanowi dowodu, a na miejsce biegłego wyłączonego powołuje się innego biegłego (art. 196 §1 kpk).

Lekarz powołany jako biegły w toku oględzin osoby powinien udzielić pomocy organom ścigania przy zabezpieczaniu śladów przestępstwa. Wobec osoby, która bezpodstawnie uchyła się od wykonania czynności biegłego, można stosować pieniężną karę porządkową w wysokości do 10 000 zł, a w razie uporczywego bezpodstawnego uchylania się także aresztowanie porządkowe (art. 287 §1 i 2 kpk).

Rola lekarza jako biegłego jest niezwykle istotna. Wzbogaca wiedzę organu procesowego o przedmiocie oględzin w drodze komunikowania faktów wykrytych i ujawnionych przez siebie dzięki posiadanym wiadomościom specjalnym. Uzyskane od niego informacje wskazują organowi procesowemu na potrzebę dokonania innych czynności, pozostających w związku z prowadzonym postępowaniem.

ANEKS

Dokumentacja niezbędna do wykonania obdukcji dorosłej ofiary nadużycia seksualnego

Zestaw do badania ofiary przemocy seksualnej i pobrania materiału dowodowego powinien zawierać:

- odpowiednio przygotowane jałowe wymazówki ze stałym dostępem powietrza (6-8 sztuk);
- plastikowe pipety i probówki (2 sztuki);
- zestaw do pobierania cytologii;
- szkiełka podstawowe (8-10 sztuk);

- jałowy pojemnik na mocz (popłuczyny z jamy ustnej);
- roztwory: 100ml 0,9% NaCl i 100ml 10% etanolu;

Każda próbka pobranego materiału przeznaczonego do badania powinna na etykietce zawierać informacje dotyczące: rodzaju materiału, daty i czasu pobrania, danych identyfikacyjnych ofiary oraz osoby, która dokonała pobrania materiału. Próbkę należy przechowywać w bezpiecznym miejscu, a wydając je Policji uzyskać odpowiednią dokumentację (protokół odbioru dowodów rzeczowych).

Karta badania dorosłej ofiary przemocy seksualnej

I. Dane identyfikacyjne ofiary oraz domniemanego sprawcy

II. Data i godzina badania

III. Data, godzina, miejsce i okoliczności zdarzenia

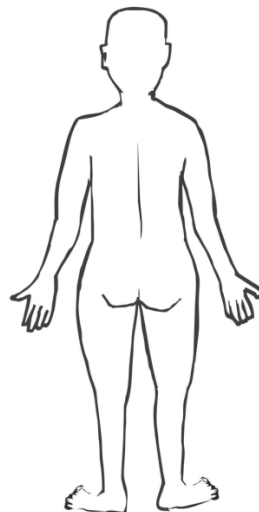
IV. Szczegóły dotyczące nadużycia seksualnego (akty seksualne, wystąpienie wytrysku, przemoc fizyczna, spożycie leków, alkoholu, narkotyków przez ofiarę lub sprawcę przed zdarzeniem)

V. Czynności wykonane przez ofiarę po zdarzeniu (zmiana odzieży, kąpiel, prysznic, oddanie moczu)

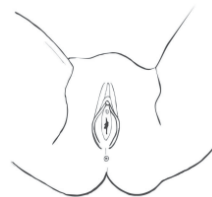
VI. Wywiad ginekologiczno-położniczy (OM, stosowana antykoncepcja, aktualne i przebyte STI, ostatni dobrowolny kontakt seksualny, przebyte operacje, ciąży, porody i poronienia)

VII. Badanie fizykalne – opis stanu ogólnego, emocjonalnego, obrażeń ciała (szkic lokalizacji obrażeń)





VIII. Badanie ginekologiczne – opis obrażeń narządów płciowych (szkic lokalizacji obrażeń)



IX. Materiał laboratoryjny pobrany w trakcie badania fizykalnego, ginekologicznego

X. Zastosowane leczenie (antybiotyki, preparaty antykoncepcyjne, leki przeciwbólowe, uspokajające)

XI. Zalecenia lekarskie (leki, preparaty antykoncepcyjne, hospitalizacja, konsultacje specjalistyczne)

Wyrażam zgodę na zawiadomienie organów ścigania o zaistniałym zdarzeniu _____
Podpis pacjentki

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i działania związane z pobraniem materiału dowodowego (w tym przerwanie ciągłości tkanek) oraz procedury lecznicze _____
Podpis pacjentki

Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej organom ścigania _____
Podpis pacjentki

Oświadczam, że zostałam poinformowana o niekorzystnych dla mnie skutkach ujawnienia tajemnicy lekarskiej _____
Podpis pacjentki

Pieczętka i podpis lekarza badającego i sporządzającego kartę badania

Pieczętka i podpis osoby asystującej

Karta badania małoletniej ofiary przemocy seksualnej

I. Dane identyfikacyjne osoby małoletniej, przedstawiciela ustawowego oraz domniemanego sprawcy

II. Data i godzina badania

III. Data, godzina, miejsce i okoliczności zdarzenia

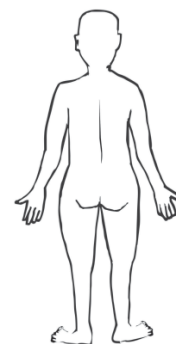
IV. Szczegóły dotyczące wykorzystania seksualnego (akty seksualne, wystąpienie wytrysku, przemoc fizyczna, spożycie leków, alkoholu, narkotyków przez ofiarę lub sprawcę przed zdarzeniem)

V. Czynności wykonane przez ofiarę po zdarzeniu (zmiana odzieży, kąpiel, prysznic, oddanie moczu)

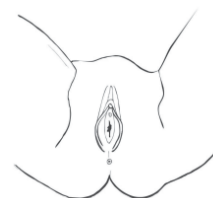
VI. Wywiad ginekologiczny (PM, OM, stosowana antykoncepcja, zakażenia przenoszone drogą płciową, ostatni dobrowolny kontakt seksualny)

VII. Badanie fizykalne – opis stanu ogólnego, emocjonalnego, obrażeń ciała (szkic lokalizacji obrażeń)





VIII. Badanie ginekologiczne – opis obrażeń narządów płciowych (szkic lokalizacji obrażeń)



IX. Materiał laboratoryjny pobrany w trakcie badania fizykalnego, ginekologicznego

X. Zastosowane leczenie (antybiotyki, preparaty antykoncepcyjne, leki przeciwbólowe, uspokajające)

XI. Zalecenia lekarskie (leki, preparaty antykoncepcyjne, hospitalizacja, konsultacje specjalistyczne)

Wyrażam zgodę na zawiadomienie organów ścigania o zaistniałym zdarzeniu

Podpis pacjentki

Podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i działania związane z pobraniem materiału dowodowego (w tym przerwanie ciągłości tkanek) oraz procedury lecznicze

Podpis pacjentki

Podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej organom ścigania

Podpis pacjentki

Podpis przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o niekorzystnych skutkach ujawnienia tajemnicy lekarskiej

Podpis pacjentki

Podpis przedstawiciela ustawowego

Pieczątka i podpis lekarza badającego
i sporządzającego kartę badania

Pieczątka i podpis osoby asystującej

Karta badania chłopca - ofiary przemocy seksualnej

I. Dane identyfikacyjne osoby małoletniej, przedstawiciela ustawowego oraz domniemanego sprawcy

II. Data i godzina badania

III. Data, godzina, miejsce i okoliczności zdarzenia

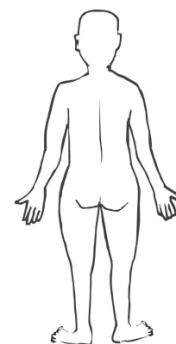
IV. Szczegóły dotyczące wykorzystania seksualnego (akty seksualne, wystąpienie wytrysku, przemoc fizyczna, spożycie leków, alkoholu, narkotyków przez ofiarę lub sprawcę przed zdarzeniem)

V. Czynności wykonane przez ofiarę po zdarzeniu (zmiana odzieży, kąpiel, prysznic, oddanie moczu)

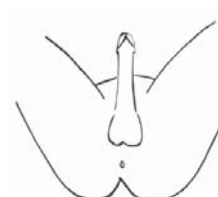
VI. Wywiad seksuologiczny (zakażenia przenoszone drogą płciową, ostatni dobrowolny kontakt seksualny)

VII. Badanie fizykalne – opis stanu ogólnego, emocjonalnego, obrażeń ciała (szkic lokalizacji obrażeń)





VIII. Badanie ginekologiczne – opis obrażeń narządów płciowych (szkic lokalizacji obrażeń)



IX. Materiał laboratoryjny pobrany w trakcie badania fizykalnego, ginekologicznego

X. Zastosowane leczenie (antybiotyki, preparaty antykoncepcyjne, leki przeciwbólowe, uspokajające)

XI. Zalecenia lekarskie (leki, preparaty antykoncepcyjne, hospitalizacja, konsultacje specjalistyczne)

Wyrażam zgodę na zawiadomienie organów ścigania o zaistniałym zdarzeniu

Podpis pacjenta

Podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i działania związane z pobraniem materiału dowodowego (w tym przerwanie ciągłości tkanek) oraz procedury lecznicze

Podpis pacjenta

Podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej organom ścigania

Podpis pacjenta

Podpis przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o niekorzystnych skutkach ujawnienia tajemnicy lekarskiej

Podpis pacjenta

Podpis przedstawiciela ustawowego

Pieczątka i podpis lekarza badającego
i sporządzającego kartę badania

Pieczątka i podpis osoby asystującej

Piśmiennictwo:

1. **World Health Organization.** Summary Report. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, 2005.
2. **World Health Organization.** Division for the Advancement of Women, Violence against women: a statistical overview, challenges and gaps in data collection and methodology and approaches for overcoming them. Expert group meeting, DAW, ECE and WHO. Geneva, 11–14 April, 2005 (www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005).
3. **World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees.** Clinical Management of Rape Survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Revised edition. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, 2004.
4. **Leder RR, Emans SJ.** Sexual Abuse in the Child and Adolescent. W: *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Ed. Emans SJ, Laufer MR, Golgstein DP. 5th Edition. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2005, 939-975.
5. **Poirier MP.** Care of the female adolescent rape victim. *Pediatr Emerg Care* 2002;18(1): 53-59.

Źródła prawa:

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.).