

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: \_\_\_\_\_

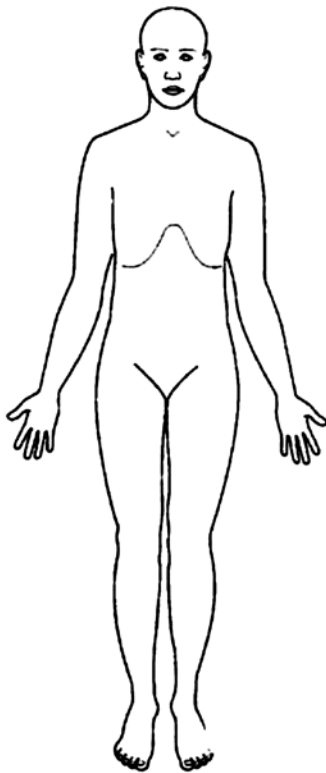
Mehanizem nastanka: \_\_\_\_\_

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

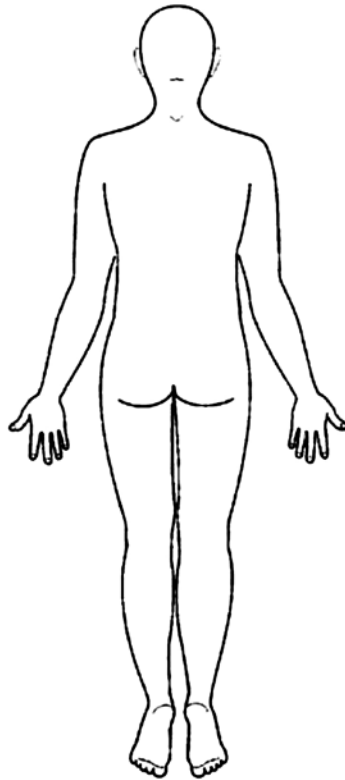
**Morebitne druge posebnosti v telesnem statusu (opišite):**

**Fotografije poškodb:** Da  Ne

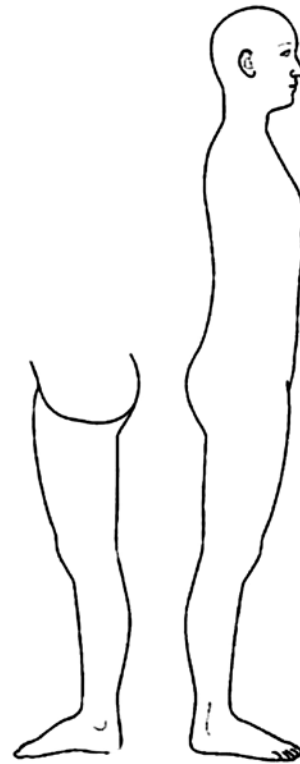
Spredaj



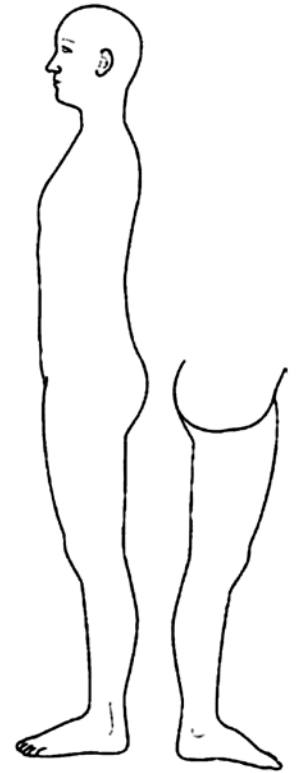
Zadaj



Desna



Leva



Notranja

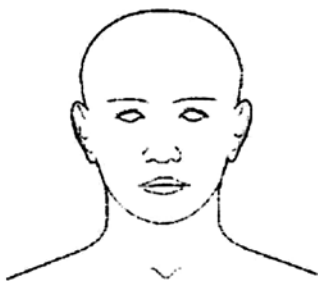
Zunanja

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**