



**PRIMEIRA CONSULTA À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**IDADE:** \_\_\_\_\_ **TELEFONE:** \_\_\_\_\_

**1- SITUAÇÃO CONJUGAL:**  Solteira  Casada  União Estável  Separada  Divorciada  Viúva

**Cor:**  Branca  Preta  Parda  Outras

**Escolaridade:**  Fundamental  Médio  Superior:  Completo  Incompleto  Cursando: \_\_\_\_\_

**Religião:** \_\_\_\_\_ **Ocupação:** \_\_\_\_\_

**Acompanhante:**  Sim  Não Vínculo de Parentesco: \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** \_\_\_\_\_

**2- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS**

**DUM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Ciclo Menstrual:** \_\_\_\_\_ dias **G P A:** \_\_\_\_\_

**Menarca:** \_\_\_\_\_ **Sexarca:**  Sim \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Não

**MAC:**  ACO  DIU  Injetável  Preservativo  Laqueadura  Não Usa

**Data do Último Contato Sexual consentido:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Violência Sexual Anterior:**  Sim  Não

**3-DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_:\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_

**Registro de B.O.:**  Sim  Não **Laudo IML:**  Sim  Não

**Autor da Violência:**  Único  Mais de um Número  Conhecido  Desconhecido  Parente Vínculo de

Parentesco: \_\_\_\_\_ **Identificação do Autor:** \_\_\_\_\_

**Contato Sexual:**  Oral  Anal  Vaginal **Intimidação:**  Ameaça  Verbal  Arma  Física  Outra

**Trauma Físico:**  Sim  Não Tipo: \_\_\_\_\_

**Autor da violência usou preservativo:**  Sim  Não

**Relato da Violência:** \_\_\_\_\_

**4-EXAME FÍSICO**

**PA:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Aspecto Geral:** \_\_\_\_\_

**Trauma Físico:** \_\_\_\_\_ **Trauma Ano - Genital:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Conduta:** \_\_\_\_\_

**Sorologias:**  Sim  Não

**Clínica e/ou Cirúrgica:** \_\_\_\_\_

**Profilaxia: Anti-Retroviral (até 72 horas):**  Sim  Não **Quimioprofilaxia (até 14 dias):**  Sim  Não

**Anti-Hepatite B (até 14 dias):**  Sim  Não **Anticoncepcional de Emergência (até 5 dias):**  Sim  Não