

# बलात्कार किंवा इतर लैंगिक गुन्ह्यासाठी वैद्यकीय तपासणी फॉर्म

## तपासणीचे फॉर्म व अनुक्रम

सोबत दिलेल्या पुस्तिकेतील मार्गदर्शनाप्रमाणे

फॉर्म क्र.	माहिती	या फॉर्मची किती पाने आहेत	प्रतीचे वाटप
१	सम्मती	१	हॉस्पिटल (पांढरा) पेशंट (गुलाबी)
२	मेडिकल हिस्ट्री	१	हॉस्पिटल (पांढरा) पेशंट (गुलाबी)
३	बलात्कारा विषयी माहिती	३	हॉस्पिटल (पांढरा) पोलिस (पिवळा)
४	न्याय वैद्यकीय तपासणी	३	हॉस्पिटल (पांढरा) कीटमध्ये ठेवण्यासाठी (निळा)
५	शरीराची तपासणी व वयाचे मापन	७	हॉस्पिटल (पांढरा) पोलिस (पिवळा)
६	डिस्चार्ज स्लिप	१	हॉस्पिटल (पांढरा) पेशंट (गुलाबी)

(सर्व फॉर्मची एक फोटोकॉपी पेशंटला दिली जावी. फॉर्मच्या प्रत्येक पानावर तपासणाऱ्या डॉक्टरने सही करणे महत्वाचे आहे.)

## किट वापरण्याचे नियम

- ही किट फक्त नोंदीकृत डॉक्टरांनी वापरण्यासाठी आहे.
- पेशंटची शारीरिक आणि मानसिक अवस्था बघून पहिले काय केले पाहिजे हे डॉक्टरने ठरवावे. उदा. पुराव्यांची नोंद घेण्यापूर्वी ताबडतोबीचे उपचार प्रथम द्यावे.
- पेशंट किंवा बारा वर्षाखालील मुलगी/मुलगा असल्यास विश्वसनीय नातेवाईकांची रितसर सम्मती तपासणीपूर्वी घेतली पाहिजे.
- पेशंटची अवस्था व इच्छा लक्षात घेउन तपासणीतील काही भाग गाळावा किंवा पुढे ढकलावा लागू शकतो. याबद्दल खुलासा फॉर्ममध्ये योग्य त्या ठिकाणी करावा.
- डॉक्टरने काळजी घ्यावी की मिळालेल्या माहितीचा कोणत्याही प्रकारे गैरवापर, पेशंटला छळण्यासाठी वापर केला जाणार नाही. गरज नसलेले पुरावे किंवा माहिती गोळा करणे कटाक्षाने टाळावे. पेशंटने सम्मती दिली आणि तपासणीची सर्व व्यवस्था झाली की मगच ही किट उघडावी.



हॉस्पिटल



पोलिस



पेशंट



किटमध्ये ठेवण्यासाठी

कॅनडा व अमेरिकेतील शिकागो येथे वापरात असलेल्या किटवर आधारीत.

या संदर्भातील जागतिक आरोग्य संघटनेने काढलेल्या मार्गदर्शक पुस्तकातून (गाईडलाइन्स फॉर मेडिको-लिगल केअर फॉर विक्टिम ऑफ सेक्सुअल असॉल्ट) रेखाचित्रे घेतली आहेत.

आपले मत कळविण्यासाठी  
**सेहत (सेंटर फॉर इन्क्वायरी इन्टु हेल्थ अॅन्ड अलाइड थिम्स)**  
सर्वे नं. २८०४ आणि २८०५,  
साई आश्रय, आराम सोसायटी रोड,  
वाकोला, सांताक्रूझ (पूर्व),  
मुंबई-४०० ०५५.  
दूरध्वनी : २६६७ ३१५४ / २६६७ ३५७१  
ई-मेल : [cehat@vsnl.net](mailto:cehat@vsnl.net)

छपाई :  
**साटम उद्योग**  
परेल, मुंबई-१२.

## फॉर्म १ - पेशंटने सम्मती देण्याचा फॉर्म

प्रत: हॉस्पिटल, पेशंट

१. वैद्यकीय तपासणी आणि उपचारासाठी सम्मती
२. बलात्कारासाठी न्याय वैद्यकीय तपासणी आणि पुरावे गोळा करण्यासाठी सम्मती
३. न्याय वैद्यकीय तपासणीची माहिती पोलिसांना देण्याची सम्मती

(पेशंट अन्य भाषिक असल्यास तिला समजावून सांगावा. सम्मतीसाठी किमान १२ वर्षे पूर्ण पाहिजेत.)

प्रति,

डॉक्टर ..... व रुग्णालयाचे इतर कर्मचारी.

मी, ..... खालील गोष्टींसाठी स्वेच्छेने सम्मती देत आहे.

(सम्मती देणाऱ्याचे नाव)

१. .... (मी स्वतः/माझी/माझा ...../इतर नाते असल्यास)

(पेशंटचे नांव)

ची लैंगिक हिंसेतून उद्भवलेल्या परिणामांसाठी तपासणी व उपचार करण्यास परवानगी देते.

२. हिंसा करणाऱ्या माणसाला पकडण्यासाठी पोलिसांना मदत करण्यासाठी आवश्यक न्याय वैद्यकीय तपास करण्यास परवानगी देते आहे. या तपासामध्ये संपूर्ण शारीरिक तपासणी म्हणजेच तोंड, स्तन, योनीमार्ग, गुदभाग आणि गुदभागातील तसेच रक्ताचे संपल घ्यावे लागतील याची मला माहिती आहे.
३. दिलेली माहिती व तपासताना मिळालेली माहिती पोलिसांना सांगण्याची, तसेच गोळा केलेले पुरावे व तपासात मदत होईल असे सर्व पदार्थ / माहिती पोलिसांना देण्याची परवानगी देत आहे.

मी वरील माहिती मोकळेपणाने व संपूर्णतः स्वेच्छेने देत आहे. मला कल्पना आहे की मी न्याय वैद्यकीय तपासणी तसेच पोलिसांना ही माहिती देण्यास नकार देऊ शकते आणि तरीही वैद्यकीय उपचारांसाठी मला कोणतीही आडकाठी केली जाणार नाही. मला हेही माहित आहे की मी ही परवानगी तपासणीच्या कुठल्याही टप्प्यावर मागे घेऊ शकते.

वरील माहिती मला ..... भाषेत समजावली आहे, जी मला समजली आहे आणि म्हणून मी सही करत आहे.

.....  
साक्षीदाराची सही

.....  
पेशंटची / नातेवाईकांची सही

.....  
साक्षीदाराची सही

.....  
पेशंटचे / नातेवाईकांचे नांव

बाह्यरुग्ण / आंतररुग्ण क्र. ....

## फॉर्म २ - मेडिकल हिस्ट्री फॉर्म

प्रत: हॉस्पिटल, पेशंट

पेशंटचे नांव ..... पु / स्त्री .....

पत्ता : .....  
.....

टेलिफोन नं. / इतर संपर्क नं.: .....

वय : ..... जन्माची तारीख : ..... विवाहित/एकट्या/घटस्फोटित .....

नातेवाईक / बरोबर आलेल्या व्यक्तीचे नांव व पत्ता : .....  
.....

अॅलर्जी / वावड्याचा इतिहास .....

सध्या चालू असलेल्या औषधांची माहिती .....

सोबत असलेल्या स्त्री नर्स / अटेंडंट / नातेवाईकाचे नाव : .....

आवश्यक वैद्यकीय / शस्त्रक्रियेचा इतिहास .....

पाळी येण्याचे वय	पाळीचा महिना	पाळीचे दिवस	शेवटची पाळीची तारीख	किती गरोदरपणे	किती बाळंतपणे
गर्भनिरोधनाचा वापर				हो	नाही
गर्भनिरोधनाची कोणती पद्धत					
पेशंट गरोदर आहे का ? (बलात्कारानंतर दोन आठवडे झाले असल्यास गरोदरपण ओळखण्यासाठी लघवीचा तपास करा)				हो	नाही

गरोदर असल्यास त्याचे दिवस : .....

परत तपासणीची तारीख : .....

.....  
डॉक्टरची सही ..... तारीख

डॉक्टरचे नांव ..... हुद्दा ..... रजिस्ट्रेशन नं. ....

केवळ वैद्यकीय वापरासाठी : तपासणाऱ्या डॉक्टरने भरावा.

(फॉर्म क्र. २ : केवळ १ पान)

न्याय वैद्यकीय केस नं./आऊटवर्ड नं. ....

गुन्हा नोंदणी क्रमांक ..... कलम ..... बाह्य / आंतररूग्ण क्र. ....

### फॉर्म ३ - लैंगिक हिंसेची माहिती

प्रत: हॉस्पिटल, पोलिस

पेशंटचे नांव .....

ओळखीसाठी खूण -

१. ....

२. ....

तपासणीची विनंती कोणी केली ? (टिक करणे अथवा लिहिणे) स्वतः / पोलिस / मॅजिस्ट्रेट .....

पत्र क्र. .... तारीख .....

कोणी आणले ? ..... नाव व सही .....

केव्हा ? ..... (तारीख) ..... (वेळ) .....

नातेवाईकाचे नांव .....

पोलिस कॉन्स्टेबल / हेड कॉन्स्टेबल / महिला पोलिस कॉन्स्टेबल / पोलिस नाइक क्र. ....

पोलिस स्टेशन .....

तपासणीची तारीख, वेळ व स्थळ : .....

.....

..... (तपासणाऱ्या डॉक्टरची सही)

..... (तपासणाऱ्या डॉक्टरचे नाव)

..... (सोबत असलेल्या महिलेची सही)

..... (सोबत असलेल्या महिलेचे नाव)

पेशंटच्या स्वतःच्या शब्दात घडलेल्या प्रसंगाची माहिती : .....

.....

.....

.....

.....

.....

केवळ वैद्यकीय वापरासाठी : तपासणाऱ्या डॉक्टरने भरावा.

(फॉर्म क्र. ३ : केवळ ३ पाने)

बलात्काराचे स्थळ : .....

बलात्काराची तारीख व वेळ : .....

हिंसा करणाऱ्यांची संख्या व नावे : .....

पेशंटच्या ओळखीचे होते का ? हो  नाही

असल्यास त्यांचे पेशंटशी काय नाते / ओळख आहे ? .....

हिंसा झाल्यापासून कपडे बदलले का ? हो  नाही

असल्यास ते मिळतील का ? .....

धुतले / शिवले आहेत का ? .....

हिंसेनंतर (टिक करणे) १. खाल्ले २. प्याले ३. धुप्रपान केले आहे का ? ४. दात घासले ५. चुळा भरल्या

पेशंटने संशयीताच्या शरीरावर जखमेच्या / प्रतिकाराच्या खुणा सोडल्या आहेत का ? असल्यास माहिती द्यावी.

पेशंटला झालेल्या जखमा / वापरलेले हत्यार / धमक्या / स्पर्श अशाची माहिती .....

पेनिट्रेशन संबंधी माहिती : पेनिट्रेशनसाठी लिंगाचा / बोटाचा / वस्तूचा वापर ?

पेनिट्रेशनचा प्रयत्न				पेनिट्रेशन पूर्ण			वीर्यस्खलन		
हो साठी (हो), नाही साठी (ना), माहित नाही साठी (मा.ना.) लिहिणे									
द्वार	लिंगाने	बोटाने	वस्तूने	लिंगाने	बोटाने	वस्तूने	हो	नाही	मा.ना.
योनीद्वार									
गुदद्वार									
तोंड									

संशयिताने पेशंटशी मौखिक संभोग केला का ? हो  ना.  मा.ना.

पेशंटशी संशयिताने हस्तमैथून केलं का ? हो  ना.  मा.ना.

पेशंटला संशयिताने हस्तमैथून करायला लावला का ? हो  ना.  मा.ना.

शरीरद्वारा बाहेर वीर्यस्खलन झाले का ? हो  ना.  मा.ना.

असल्यास कुठे ? .....

चुंबन, चाटणे, स्तन किंवा इतर भाग चोखणे ? हो  ना.  मा.ना.

असल्यास वर्णन करा - .....

.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

(फॉर्म क्र. ३ : केवळ ३ पाने)

कंडोम वापरला होता का ?

हो  ना.  मा.ना.

कंडोमची स्थिती

फाटला नाही  फाटला  मा.ना.

वंगणाचा वापर केला होता का ?

हो  ना.  मा.ना.

जर पेनिट्रेशनसाठी वस्तूचा वापर केला होता तर वस्तूचे वर्णन करा .....

बलात्कार सोडून त्या पूर्वीचा शेवटचा संभोग एक

आठवड्याच्या आत झाला होता का ?

हो  ना.  मा.ना.

हिंसेच्या वेळी पेशंटची पाळी सुरु होती का ? .....

तपासणीच्या वेळी पेशंटची पाळी सुरु होती का ? .....

(पाळी सुरु असली तरी संपूर्ण तपासणी करणे. मात्र पाळी संपल्यावर पुन्हा एकदा तपासणीसाठी बोलावणे.)

बलात्कार आणि तपासणीच्या दरम्यान पेशंटने खालील गोष्टी केल्या होत्या का ?

अंधोळ

हो  ना.  मा.ना.

योनीमार्ग धुणे

हो  ना.  मा.ना.

लघवी

हो  ना.  मा.ना.

संडास

हो  ना.  मा.ना.

शुकाणुनाशक मलमाचा उपयोग

हो  ना.  मा.ना.

बलात्कारानंतर योनीमार्गातून स्राव / रक्त आले होते का ? .....

बलात्कारापूर्वी योनीमार्गातून स्राव / रक्त आले होते का ? .....

तारीख

डॉक्टरचे नाव व सही

तारीख

नर्सचे नाव व सही

तारीख

सामाजिक कार्यकर्तीचे नाव व सही

(फॉर्म क्र. ३ : केवळ ३ पाने)

## फॉर्म ४ - न्यायवैद्यकीय पुरावे

प्रत: हॉस्पिटल, किटमध्ये

- पांढरा पेपर अंथरून त्यावर पेशंटला एकांतात कपडे काढायला सांगावे. पेपरवर पडलेल्या सर्व लहानात लहान वस्तू गोळा करून, पेपर पाकीटात घालावा.
- बलात्काराच्या वेळी घातलेले व हे कपडे एकच आहेत का ?  
हो  नाही
- नसतील तर ते तपासणीसाठी देण्याची विनंती करा.
- काढलेले कपडे पेपर बॅगमध्ये ठेवून वर नोंद करा जसे १ A, १ B .....

	१ A	१ B	१ C	१ D				
कोणते कपडे ते लिहिणे →								

- शरीरावरील पुरावे दुसऱ्या बॅगमध्ये ठेवून नोंद करावी.

क्र.	पुरावे	किती नमुने घ्यावे	घेतले असल्यास √ अशी नोंद करा	नसल्यास कारण द्या
२ A	तोंडातील स्वॅब	२ स्वॅब		
	१० मिली सलाइन चूळ भरायला द्यावे व निर्जंतुक भांड्यात गोळा करावे.			
२ B	शरीरावरील रक्ताचा डाग			
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	ठिकाण	२ स्वॅब		
२ C	शरीरावरील वीर्याचे डाग			
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	ठिकाण	२ स्वॅब		

.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

केवळ वैद्यकीय वापरासाठी : तपासणाऱ्या डॉक्टरने भरावा.

(फॉर्म क्र. ४ : केवळ ३ पाने)

क्र.	पुरावे	किती नमुने घ्यावे	घेतले असल्यास √ अशी नोंद करा	नसल्यास कारण द्या
२ D	शरीरावरील बाहेरचा कोणताही पदार्थ			
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	ठिकाण	२ स्वॅब		
२ E	इतर बाहेरचा पदार्थ			
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	पदार्थ काय असू शकतो ? उदा. रक्ताचा डाग, वीर्याचा डाग			
	ठिकाण	२ स्वॅब		
	पदार्थ काय असू शकतो ?			
२ F	डोक्यावरील केस विंचरून सुटा पदार्थ/केस गोळा करावा.			
२ G	डोक्यावरील केस गोळा करणे	५-१० केस (कापून, ओढून नको)		
२ H1	दोन्ही हातांच्या नखाखालील पदार्थ दोन वेगवेगळ्या छोट्या पिशव्यात घ्यावा उजवा हात			
२ H2	डावा हात			
२ I1	दोन्ही हाताची नखे वेगवेगळी कापून उजवा हात			
२ I2	डावा हात			
२ J	रक्तगटासाठी रक्त			
२ K	दारु/औषध तपासणीसाठी रक्त नमूना ५ मिली डबल ऑक्झॅलेट बल्ब मध्ये			

.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

(फॉर्म क्र. ४ : केवळ ३ पाने)

जननेंद्रिय व गुदभागातील पुरावे ३ नंबरच्या पिशवीत

क्र.	पुरावे	किती नमुने घ्यावे	घेतले असल्यास √ अशी नोंद करा	नसल्यास कारण द्या
३ A	स्त्रावामुळे एकत्र झालेले केस कापून घेणे			
३ B	नमुन्यासाठी तिथलेच इतर केस कापून घेणे (शेव केले असल्यास तसे लिहा)	५-१० केस		
३ C	केस विंचरुन बाहेरचा केस/पदार्थ आढळल्यास			
३ D	जननेंद्रियांचा स्वॅब	२		
३ E	योनीभागातील स्वॅब	४		
	१ पुढील भाग (१)			
	२ मागील भाग (१)			
	३ दोन बाजूचे भाग (२)			
३ F	योनीभागात सलाइन घालून मग पिपेटने काढून घेणे			
३ G	गुदभागातील स्वॅब	२		
३ H	योनीभागातील स्त्रावाचा काचपट्टीवर स्मिअर घेणे			

पेशंटचे नांव .....

किट क्र. ....

हॉस्पिटलचे नाव व ठिकाण .....

.....

तारीख

.....

डॉक्टरचे नाव व सही

.....

(असिस्टंट डॉक्टरचे नाव व सही)

(फॉर्म क्र. ४ : केवळ ३ पाने)

पुरावे मिळाल्याची पोलिसांकडून पावती

किट क्र. .... मधील न्यायवैद्यकीय पुरावे मिळाल्याबद्दल.

MLC No. ....

Cr No. ....

गुन्हा कलम .....

पोलिस स्टेशन .....

पोलिस रेफरल नं. ....

सील बंद करून यांच्याकडून मिळाले.

..... (डॉक्टरचे नाव रजिस्ट्रेशन नंबर)

तारीख ..... वेळ ..... जागा .....

आणि यांनी स्विकारले.

..... पोलिस ऑफीसरचे नाव नंबर

तारीख ..... वेळ ..... जागा .....

किट क्र. ....

(प्रयोग शाळेचे रिपोर्ट डॉक्टर व हॉस्पिटलला जाणे महत्त्वाचे आहे.)

## फॉर्म ५ - संपूर्ण तपासणी

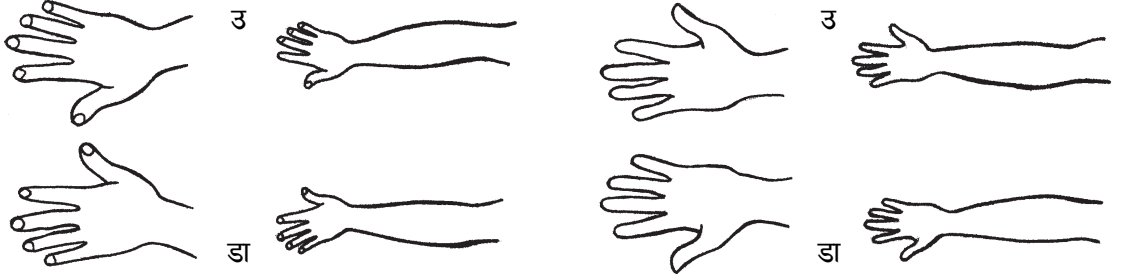
प्रत: हॉस्पिटल, पोलिस

उंची : ..... वजन : .....

भावनिक/मानसिक अवस्थेबद्दल लिहा. त्रस्त, धक्का बसल्याप्रमाणे, निराशाजनक, अगतिक, आधार गमावल्याप्रमाणे, बधीर, स्वतःला दोष देणारी, लज्जित झालेली, घाबरलेली, मूड सतत बदलणारी, रागावलेली, अतिशय काळजी करणारी, भावनिक समतोल चांगला असे शब्द वापरून तिची अवस्था लिहा.

.....  
.....

शारीरिक तपासणी : दिलेल्या चित्रात जखमांची जागा, खोली, लांबी, रुंदी, आकार, रंग, कडा, इतर वर्णन आत काय सापडले इ. लिहा. प्रत्येक ठिकाणी कशामुळे जखम झाली असेल त्याचा अंदाज लिहा, जसे-टोकदार वस्तू, दोरी, बेल्ट, जोरदार आघात, हात पाय आवळून बांधल्याचे इ.



उजवी

डावी

उजवी

डावी

उजवी

डावी

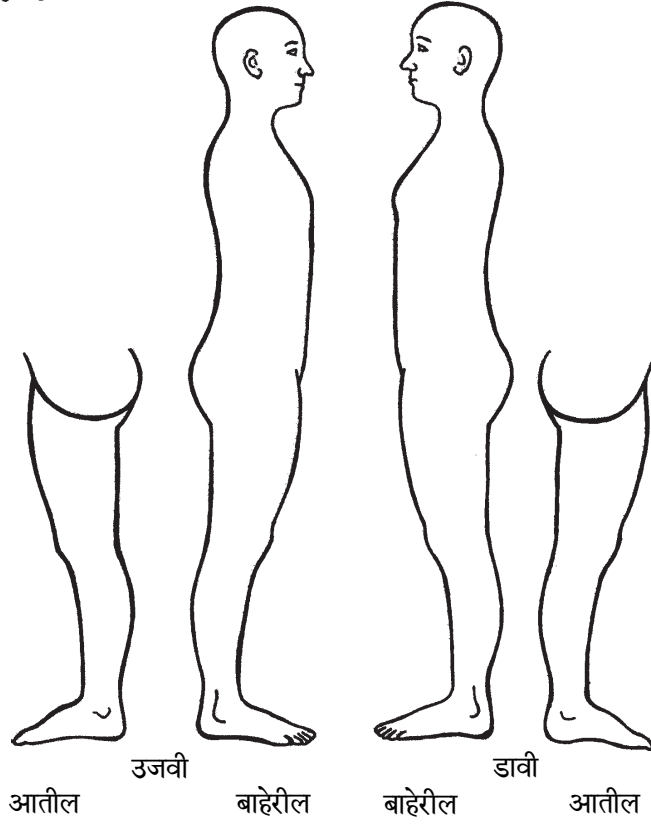
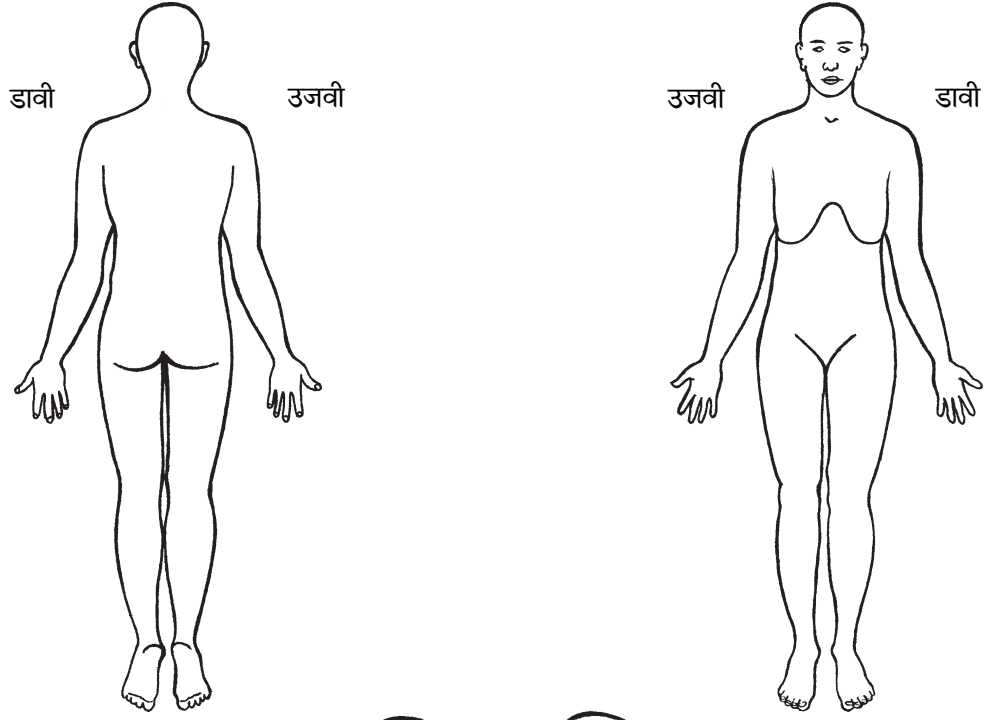
.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

केवळ वैद्यकीय वापरासाठी : तपासणाऱ्या डॉक्टरने भरावा.

(फॉर्म क्र. ५ : केवळ ७ पाने)

सर्व चित्रे जागतिक आरोग्य संघटनेच्या "गाईडलाइन्स फॉर मेडिको-लिगल केअर फॉर विक्टिम ऑफ सेक्सुअल असॉल्ट" या पुस्तकातून साभार घेतली आहेत.



.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

(फॉर्म क्र. ५ : केवळ ७ पाने)

सर्व चित्रे जागतिक आरोग्य संघटनेच्या "गाईडलाइन्स फॉर मेडिको-लिगल केअर फॉर विक्टिम ऑफ सेक्सुअल असॉल्ट" या पुस्तकातून साभार घेतली आहेत.

## विशेष तपासणी करुन नोंद घेण्याची ठिकाणे

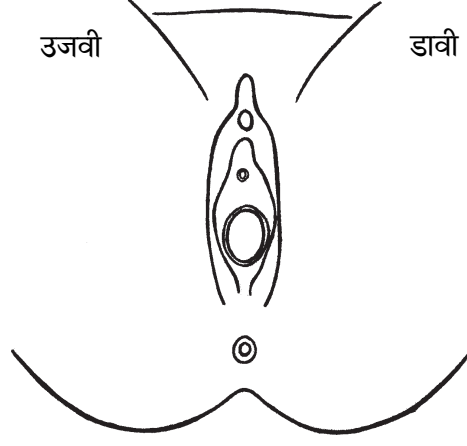
- पेशंटला चालताना त्रास होत असल्यास निरीक्षण करुन नोंद करा.  
.....
- टाळू-दुखरा भाग, केस ओढले गेले असल्यास, केसांना धरुन फरफटवले असल्यास  
.....
- चेहऱ्यावरील हाडांना इजा : डोळ्याभोवती काळा भाग, दुखरेपणा  
.....
- डोळ्यात व जवळपासच्या भागावर बारीक लाल ठिपके, अर्थात रक्तस्राव (पेटेचियल हिमरेज)  
.....
- ओठ व तोंडातील जखमा  
.....
- कानामागे / कानाच्या पडद्याला जखमा  
.....
- मान, खांदे, स्तनांना इजा  
.....
- मनगट, हात, बाजू-जबरदस्ती पकडल्याच्या खुणा  
.....
- बाजूंच्या आतील भाग तपासा-अंगठ्याचे, बोटांचे ठसे दिसू शकतात.  
.....
- जांघेच्या आतील बाजूस तपासा.  
.....
- इतर इजा  
.....

.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

(फॉर्म क्र. ५ : केवळ ७ पाने)

प्रौढ महिला असल्यास



योनी / गुदद्वारांची स्थिती .....  
बसण्याच्या जागेच्या स्नायुंची स्थिती (पेरिनियम) .....  
बाह्य भगोष्ठ (लेबिया मेजोरा) .....  
आतील भगोष्ठ (लेबिया मायनोरा) .....  
योनीच्या आतील भाग (फोर्शोट आणि इन्ट्रॉयटस) .....  
गुदद्वार व गुद .....

स्पेक्युलमचा वापर करून तपासणी केली का ?

हो केली  नाही केली

केली असल्यास -

योनीमार्ग .....  
गर्भाशयाचे तोंड (सर्विक्स) .....  
फॉर्न्यायसेस .....  
गर्भाशय .....  
योनीमार्गातील पडदा (हायमेन, गरज असल्यास लिहा) .....

योनीमार्गाची दोन बोटानी तपासणी केली का ?

हो केली  नाही केली

केली असल्यास -

योनीमार्ग .....  
गर्भाशयाचे तोंड (सर्विक्स) .....  
गर्भाशय .....  
इतर .....

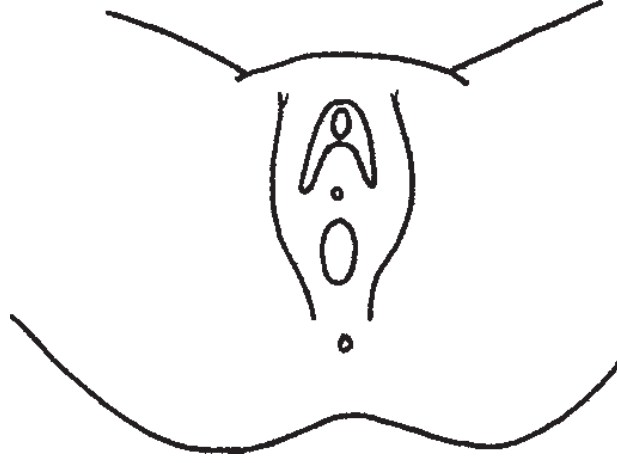
.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

(फॉर्म क्र. ५ : केवळ ७ पाने)

सर्व चित्रे जागतिक आरोग्य संघटनेच्या "गाईडलाइन्स फॉर मेडिको-लिगल केअर फॉर विक्टिम ऑफ सेक्सुअल असॉल्ट" या पुस्तकातून साभार घेतली आहेत.

अल्पवयीन मुलगी असल्यास



बाह्य भगोष्ठ आणि आतील भगोष्ठ (लेबिया मेजोरा व मायनोरा) .....

योनीच्या आतील भाग (फोर्शेट आणि इन्ट्रॉयटस) .....

योनीमार्गातील पडदा (ह्यमिन) .....

गुदमार्ग व गुद (अॅनस अँड रेक्टम) .....

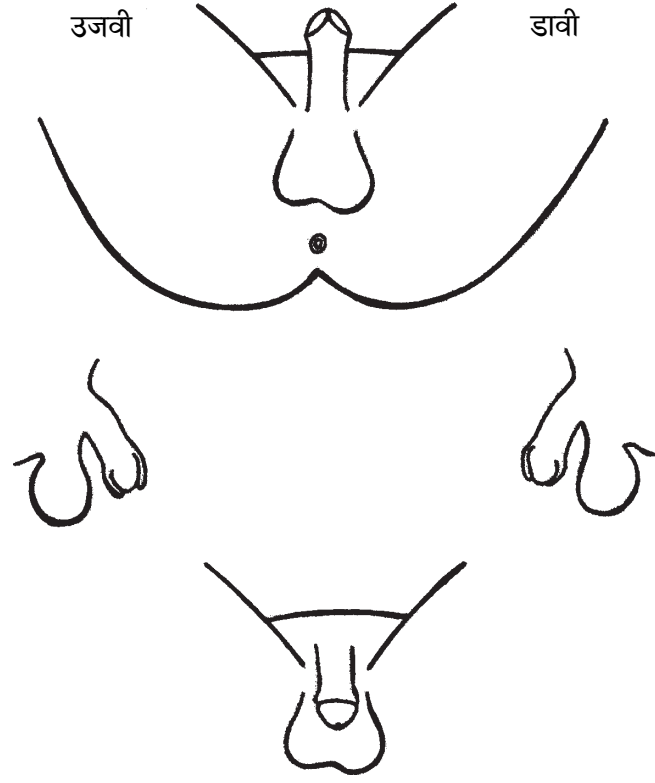
.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

(फॉर्म क्र. ५ : केवळ ७ पाने)

सर्व चित्रे जागतिक आरोग्य संघटनेच्या "गाईडलाइन्स फॉर मेडिको-लिगल केअर फॉर विक्टिम ऑफ सेक्सुअल असॉल्ट" या पुस्तकातून साभार घेतली आहेत.

पुरुष असल्यास



गुदद्वार / मूत्रद्वाराची स्थिती .....

बसण्याच्या जागेचे स्नायुंची (पेरिनियम) स्थिती .....

इतर जखमा .....

गुदमार्गाचा प्रॉक्टोस्कोपने तपास केला ? हो  नाही

.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

(फॉर्म क्र. ५ : केवळ ७ पाने)

सर्व चित्रे जागतिक आरोग्य संघटनेच्या "गाईडलाइन्स फॉर मेडिको-लिगल केअर फॉर विक्टिमस ऑफ सेक्सुअल असॉल्ट" या पुस्तकातून साभार घेतली आहेत.

## अल्पवयीन मुलीच्या बाबतीत वयाचा पुरावा

क्ष-किरण तपासणीसाठी फॉर्म भरून पाठवावे

उंची

वजन

स्तन परीक्षण (खाली दिलेले टॅनर स्टेजिंग बघा)

काखेतील केस

जननेंद्रियांवरील केस

दातांची वाढ (FDI फॉर्म्युला वापरणे):

८	७	६	५	४	३	२	१	१	२	३	४	५	६	७	८
८	७	६	५	४	३	२	१	१	२	३	४	५	६	७	८

दात दुधाचे की पक्के

हाडांचे परीक्षण

हो

नाही

१. कोणते क्ष-किरण सांगितले ? .....
२. क्ष-किरण तपासणीत काय दिसले ? .....
३. काय मत पडले ? .....

तारीख

डॉक्टरचे नाव व सही

### मुलींचे वय ठरविण्यासाठी टॅनर स्टेजिंग

स्टेज	भगावरील केस	स्तन
१.	किशोर वयाच्या आधीची स्थिती	किशोर वयाच्या आधीची स्थिती
२.	भगोष्ठाच्या आतल्या कडेला, कमी प्रमाणात, हलक्या रंगाचे सरळ केस	स्तन व स्तनचूचक (पॅपिला) वर आलेले, स्तन मण्डलाचा (अॅरोला) व्यास वाढलेला
३.	अधिक गडद रंगाचे, कुरळे व्हायला सुरुवात, अधिक प्रमाण	स्तन व स्तनमण्डलाचा आकार वाढलेला पण एकाच पातळीवर उंचावलेला
४.	राठ, कुरळे, भरपूर प्रमाण पण प्रौढ महिलेपेक्षा कमी	स्तन मण्डल व स्तनचूचक स्तनाच्या वर उंचावलेले
५.	प्रौढ महिलेतील केसांचा त्रिकोण तयार, जांघेच्या आतल्या बाजूला पसरलेले	प्रौढ व्यक्तीप्रमाणे, स्तनचूचक बाहेर आलेले, स्तन मण्डल स्तनाच्या पातळीवर

### मुलांचे वय ठरविण्यासाठी टॅनर स्टेजिंग

स्टेज	भगावरील केस	शिस्न	गोटी/स्क्रोटेम
१.	नाही	किशोरवयाच्या पूर्वीची अवस्था	किशोरवयाच्या पूर्वीची अवस्था
२.	कमी प्रमाणात, लांब, हलक्या रंगाचे	थोडे वाढलेले	स्क्रोटेमचा आकार वाढलेला, गुलाबी रंगात बदल
३.	अधिक गडद रंगाचे, कुरळे व्हायला सुरुवात, प्रमाण कमी	अधिक लांब	अधिक वाढलेले
४.	प्रौढप्रमाणे दिसणारे पण प्रमाण प्रौढापेक्षा कमी	अधिक मोठे, ग्लान्स आणि रुंदीत वाढ	अधिक मोठे, स्क्रोटेमचा रंग गडद
५.	प्रौढप्रमाणे प्रमाण व जांघेच्या आतल्या बाजूला पसरलेले	प्रौढप्रमाणे	प्रौढप्रमाणे

(फॉर्म क्र. ५ : केवळ ७ पाने)

टॅनर स्टेजिंग "गाईडलाइन्स फॉर मेडिकल एक्झामिनेशन अँड मॅनेजमेंट ऑफ दी सेक्सुअली अब्युज्ड चाईल्ड" साऊथ आफ्रिकेच्या क्वाझालू-नटाल प्रॉविन्स यांच्या पुस्तकातून साभार घेतले आहे.

तपासणीनंतर डॉक्टरचे मत

१. पेशंटचे वय (जरूरी असल्यास) .....  
.....  
.....
२. शरीरावर कुठेही जखमा झाल्याचा पुरावा .....  
.....  
.....
३. संभोगाचा पुरावा .....  
.....  
.....
४. इतर लैंगिक हिंसा / लैंगिक संबंध आल्याचा पुरावा .....  
.....  
.....
५. लहान मूल असल्यास लैंगिक गैरप्रकाराचा पुरावा .....  
.....  
.....
६. प्रयोगशाळेतिल रिपोर्ट आल्यावर अधिक निश्चित मत काय ? .....  
.....  
.....

.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

## फॉर्म ६ - डिसचार्ज स्लिप

प्रत : हॉस्पिटल, पेशंट

नाव .....

जन्मतारीख .....

तपासणीची तारीख .....

डॉक्टरचे नाव .....

लिंग संसर्गजन्य आजार	परिक्षण	उपचार	पुन्हा भेट
गोनोरिया			
क्लामिडीया			
सिफिलिस			
एच.आय.व्ही. तपासणी (समुपदेशन व संमती दिल्यानंतर)			तीन व सहा महिने
एच.आय.व्ही.साठी प्रतिबंधक औषध			
हिपॅटायटिस बी			एक व सहा महिने

	परिक्षण	इमरजन्सी गर्भनिरोधन	पुन्हा भेट
गरोदरपण			

एच आय व्ही साठी प्रतिबंधक औषध	औषधाचे नांव	पुन्हा भेट

जखम	शस्त्राक्रिया	पुन्हा भेट

टि.टि. लस : हो  नाही

मानसिक स्वास्थ्यासाठी परिक्षण / समुपदेशन	
तात्काळ	
कोणाकडे पाठवले	
पुन्हा भेट	

.....  
तारीख

.....  
डॉक्टरचे नाव व सही

(फॉर्म क्र. ६ : केवळ १ पान)