

**ÇOCUK CİNSEL İSTİSMARI MUAYENE FORMU**

**Çocuğun**

**Muayeneyi Yapanın**

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

Cinsiyeti:

Uzmanlığı:

TC Kimlik No:

Tarih / Saat:

**Tıbbi Özgeçmiş**

**Doğum Öncesi**

Bu bölümde gebelik ile ilgili bilgilere (normal, istenmeyen, komplikasyonlu, izlem dışı, ateşli hastalık, vb.) yer veriniz.

**Doğum**

Bu bölümde doğum ile ilgili bilgilere (nerede gerçekleşmiş, kim tarafından yaptırılmış, doğum şekli, süre, ağırlık, komplikasyon, vb.) yer veriniz.

**Doğum Sonrası**

Bu bölümde doğum sonrası ile ilgili bilgilere (beslenme - ne süre anne sütü almış, ek gıdalara ne zaman geçilmiş; gelişim - oturma, konuşma, yürüme, tuvalet eğitimi zamanı; aşıları - tam, eksik, aşısız; vb.) yer veriniz.

Geçirdiği akut hastalık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
Geçirdiği kronik hastalık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
Kullanmakta olduğu ilaç(lar)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
Hastaneye yatma öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
Cerrahi girişim öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
<b>Geçmişte yaralanma ya da zehirlenme öyküsü</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
		Var ise: <input type="checkbox"/> Kaç kez? .....
		<input type="checkbox"/> Ne ile? .....
		<input type="checkbox"/> Sonucu .....
Alkol veya sigara dahil bağımlılık yapan bir madde kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet .....
Alkol veya sigara gibi bağımlılık yapan maddeleri bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi girişimi var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet .....
<b>Kendine zarar verme öyküsü</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
<b>İntihar girişimi</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
<b>Ebeveynlerde ruhsal problem öyküsü</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
<b>Ebeveynlerde alkol / madde bağımlılığı öyküsü</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
Ebeveynler arası aile içi şiddet öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....
Ebeveynlerin çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var .....

## Fizik Muayene Bulguları

Genel durum:			
Bilinç durumu:			
Vücut Isısı: ..... °C	Kan Basıncı: .....mmHg	Nabız : ..... / dk.	
Solunumu Sayısı: .....	Vücut Ağırlığı: ..... Kg .....Persentil	Boy : ..... cm .....Persentil	
<b>Cilt</b>		<b>Baş - Boyun</b>	
Turgor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış	Fontanel	<input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Açık Boyutları .....
Tonus	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış	Lenfadenopati	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var .....
Peteşi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Tiroid	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ele geliyor
Ekimoz	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Pupiller	<input type="checkbox"/> İzokorik <input type="checkbox"/> Anizokorik
Döküntü	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Işık refleksi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Sarılık	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Konjunkt / sklera	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<b>Solunum Sistemi</b>		Dış kulak yolu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Deformasyon	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Kulak zarları	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Retraksiyon	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Tonsiller	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipertrofik
Ral	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Orofarenks	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hiperemik
Ronküs	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		

İstanbul Kalkınma Ajansı tarafından desteklenen "İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Yaklaşım Standardizasyonu" kapsamında hazırlanan bu yayının içeriği İstanbul Kalkınma Ajansı ve Kalkınma Bakanlığı'nın görüşlerini yansıtmamakta olup, içerik ile ilgili tek sorumluluk Marmara Üniversitesi Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne aittir.

Kardiovasküler Sistem			Abdomen		
Ritm	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	Karın görünümü	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Distantü <input type="checkbox"/> Çökük
Ek ses	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Defans	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Üfürüm	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Hassasiyet	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Tril	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Kitle	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
AFN	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Asit	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ekstremiteler			Traube	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
Deformasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Karaciğer	<input type="checkbox"/> Ele gelmiyor	<input type="checkbox"/> Ele geliyor
Hassasiyet	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Dalak	<input type="checkbox"/> Ele gelmiyor	<input type="checkbox"/> Ele geliyor
Isı artışı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var			
Şişlik	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var			

Nörolojik Sistem Muayenesi

Genitoüriner Sistem					
<b>Kız</b>	Pubik Kılınma Evresi	.....	<b>Erkek</b>	Pubik Kılınma Evresi	.....
	Meme Gelişimi	.....		Skrotum	.....
	İlk adet yaşı	.....		Testis	.....
	Son Adet Tarihi	.....		Penis	.....
	Adetler Düzenli mi?	.....		Meme	.....
	Adetler Arası Sapma	.....			
	Adet Kanamasında Ağrı	.....			
	Akıntı	.....			

### Genital Organlar

#### KIZ

Normal      Anormal

- |                          |                          |                      |       |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vulva                | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vestibül             | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Himen                | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arka furset          | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perianal bölge       | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anüs                 | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anal mukoza          | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anal sfinkter tonüsü | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rektum               | ..... |

Gerekli / Uygun Durumlarda

- |                          |                          |                    |       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vajen              | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Serviks            | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uterus / adneksler | ..... |

**Erkek**

Normal Anormal

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penis .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Üretral mea .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skrotum .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perianal bölge .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anüs .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anal mukoza .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anal sfinkter tonüsü .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rektum .....

**Alınan Materyal**

Vajinal sürüntü	<input type="checkbox"/> Vajen ağzı <input type="checkbox"/> Arka forniks	Sonuç:
Anal sürüntü	<input type="checkbox"/> Anüs girişi <input type="checkbox"/> Rektum	Sonuç:
Ağız sürüntüsü (gerekirse)	<input type="checkbox"/> Diş dipleri <input type="checkbox"/> Dilaltı <input type="checkbox"/> Diğer	Sonuç:
Kan örnekleri	<input type="checkbox"/> Kan grubu / DNA örnekleme (EDTA) <input type="checkbox"/> Kan toksikoloji analizi örnekleme <input type="checkbox"/> Gebelik testi	Sonuç:
Püvik kıl	<input type="checkbox"/> Kesilmiş <input type="checkbox"/> Kökle birlikte çekilmiş <input type="checkbox"/> Taranmış	Sonuç:
Diğer	<input type="checkbox"/> Deri sürüntüsü <input type="checkbox"/> Tükürük <input type="checkbox"/> Diğer .....	Sonuç:

**Laboratuvar Bulguları**

Kültür	<input type="checkbox"/> Alınmadı <input type="checkbox"/> Alındı Alındığı yer .....
<b>Biyokimya / Seroloji</b>	
VDRL ya da RPR (2 hafta, 6 hafta ve 3 ayda içinde tekrarlayın)	
HIV (3 ay ve 6 ay içinde tekrarlayın)	
HBV (6 hafta, 3 ay ve 6 ay içinde tekrarlayın)	
HCV (6 ay içinde tekrarlayın)	
Gebelik testi (adolesanlar için)	

İstanbul Kalkınma Ajansı tarafından desteklenen "İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Yaklaşım Standardizasyonu" kapsamında hazırlanan bu yayının içeriği İstanbul Kalkınma Ajansı ve Kalkınma Bakanlığının görüşlerini yansıtmamakta olup, içerik ile ilgili tek sorumluluk Marmara Üniversitesi Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne aittir.

<b>Mikrobiyoloji</b>	
Islak preparatta trikomonas vajinalis	
Herpes	
Kondiloma aküminata	
Klamidya	
Gonore	
Diğer	
<b>İdrar</b>	

<b>Radyolojik Tetkikler (gerekli olduğu durumda)</b>	
<b>Radyoloji</b>	<b>Sonuçlar</b>
Direkt Grafi	
USG	
BT	
MRG	

<b>FOTOĞRAF / Kolposkopik İnceleme</b>

<b>Konsültasyon</b>		
<input type="checkbox"/> Kadın doğum	<input type="checkbox"/> Radyoloji	Sonucu:
<input type="checkbox"/> Dermatoloji	<input type="checkbox"/> Erişkin psikiyatrisi	
<input type="checkbox"/> Beyin cerrahisi	<input type="checkbox"/> Diğer .....	
<input type="checkbox"/> Ortopedi		

<b>Tanı ve Değerlendirme</b>