

Formularz zgody pacjenta w sprawie przestępstwa na tle seksualnym oraz dokumentacji łańcucha dowodowego

W PRZYPADKU BRAKU ZGŁOSZENIA DO ORGANÓW ŚCIGANIA, POLE NALEŻY POZOSTAWIĆ PUSTE

Imię i nazwisko pacjenta _____

Data urodzenia _____ Szpitalny numer dokumentacji medycznej _____

Etykieta pacjenta tutaj
W PRZYPADKU BRAKU ZGŁOSZENIA
PRZEZ PACJENTA
POZOSTAWIĆ PUSTE

BADANIE MEDYCZNO-SĄDOWE

Badanie medyczno-sądowe (Medical Forensic Examination, MFE) **musi zostać zaoferowane pacjentom, którzy ujawnili niedawne przestępstwo na tle seksualnym.**

- Pacjenci w wieku poniżej 13 lat – „niedawne” oznacza przestępstwo na tle seksualnym, do którego doszło w ciągu ostatnich 72 godzin
- Pacjenci w wieku 13 lat i starsi – „niedawne” oznacza przestępstwo na tle seksualnym, do którego doszło w ciągu ostatnich 168 godzin

Nic nie stoi na przeszkodzie, aby wykwalifikowany pracownik medyczny zaoferował badanie pacjentowi, u którego doszło do przestępstwa na tle seksualnym innym niż niedawne.

Do przeprowadzenia badania medyczno-sądowego (MFE) wymagana jest **zarówno** zgoda, jak i świadoma akceptacja pacjenta. **Każda osoba zdolna do wyrażenia zgody** może uczynić to samodzielnie, w tym również osoba małoletnia. Jeżeli **osoba małoletnia nie jest zdolna do wyrażenia zgody**, zgoda może zostać udzielona przez rodzica, opiekuna prawnego lub pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej (health care power of attorney, POA).

Jeżeli **osoba dorosła nie jest zdolna do wyrażenia zgody**, zgoda może zostać udzielona przez opiekuna prawnego lub pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej (POA).

WYMÓG OBOWIĄZKOWEGO ZGŁASZANIA

W przypadku pacjentów w wieku poniżej 18 lat (osób małoletnich): (chyba że zostali prawnie usamodzielnieni w wyniku zawarcia małżeństwa lub wstąpienia do jednego z rodzajów Sił Zbrojnych Stanów Zjednoczonych)

Zgodnie z prawem stanu Illinois pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do zgłaszania podejrzenia przemocy lub zaniedbania wobec dziecka do Departamentu Usług dla Dzieci i Rodzin stanu Illinois (DCFS) na podstawie Ustawy o zgłaszaniu przypadków przemocy i zaniedbania wobec dzieci (Abused and Neglected Child Reporting Act, ANCRA).

- Wiek wyrażenia prawnie skutecznej zgody na podejmowanie aktywności seksualnej wynosi 17 lat
- Jeżeli sprawca znajduje się w pozycji władzy, zaufania lub sprawuje funkcję opiekuna, wiek wyrażenia prawnie skutecznej zgody na podejmowanie aktywności seksualnej wynosi 18 lat.

Departament Usług dla Dzieci i Rodzin stanu Illinois (DCFS) jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania zgłoszeń, w których dziecko jest domniemaną ofiarą przemocy seksualnej, do właściwej miejscowo jednostki organów ścigania w celu rozważenia wszczęcia postępowania karnego lub podjęcia innych działań.

W przypadku pacjentów w wieku 18 lat i starszych (osób dorosłych):

- Zgodnie z prawem stanu Illinois pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do zgłaszania podejrzenia przemocy, zaniedbania lub wykorzystywania do Departamentu ds. Osób Starszych stanu Illinois (Department on Aging) w odniesieniu do:
 - Każdego pacjenta dorosłego w wieku 60 lat i starszego, który nie jest w stanie samodzielnie dokonać zgłoszenia ani podjąć działań w celu zapewnienia sobie ochrony
 - Każdego pacjenta dorosłego w wieku od 18 do 59 lat z niepełnosprawnością, który nie jest w stanie samodzielnie dokonać zgłoszenia ani podjąć działań w celu zapewnienia sobie ochrony

WYMÓG POWIADOMIENIA ORGANÓW ŚCIGANIA

Prawo stanu Illinois wymaga od pracowników ochrony zdrowia powiadamiania organów ścigania o przypadkach leczenia obrażeń odniesionych przez ofiary przestępstw, w tym przestępstw na tle seksualnym. Pacjent NIE jest jednak zobowiązany do bezpośredniej rozmowy z organami ścigania ani do udziału w postępowaniu wyjaśniającym.

WYBÓR PACJENTA DOTYCZĄCY ZGŁOSZENIA DO ORGANÓW ŚCIGANIA

Rozumiem, że przysługuje mi wybór w zakresie zgłoszenia sprawy organom ścigania:

- A. Rozmowa z organami ścigania teraz
- B. Wyrażenie zgody na przekazanie przez pracownika ochrony zdrowia informacji organom ścigania w moim imieniu oraz rozmowa z organami ścigania w późniejszym terminie.
- C. Niezgłaszanie sprawy organom ścigania. (Uwaga: Jeżeli pacjent jest osobą małoletnią, Departament Usług dla Dzieci i Rodzin stanu Illinois (DCFS) przekaze sprawę organom ścigania, nawet jeśli pacjent zdecyduje się nie dokonywać bezpośredniego zgłoszenia)

Pacjent (jeżeli **jest zdolny** do wyrażenia zgody) – lub – w przypadku **braku zdolności** do wyrażenia zgody: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (proszę zakreślić właściwą rolę i złożyć parafę w tym miejscu)

_____ Jestem gotowy(-a) i chcę rozmawiać bezpośrednio z funkcjonariuszem organów ścigania. (Opcja A)

_____ Chcę, aby pracownik ochrony zdrowia przekazał informacje o mnie organom ścigania. (Opcja B)

_____ Skontaktuję się z organami ścigania, gdy będę gotowy(-a) do rozmowy

_____ Organy ścigania mogą skontaktować się ze mną po upływie _____ dnia/dni.

_____ NIE chcę zgłaszać sprawy organom ścigania. (W przypadku braku zgłoszenia materiał dowodowy nie może zostać poddany badaniom.) (Opcja C)

Formularz zgody pacjenta w sprawie przestępstwa na tle seksualnym oraz dokumentacji łańcucha dowodowego

Etykieta pacjenta tutaj
W PRZYPADKU BRAKU ZGŁOSZENIA
PRZEZ PACJENTA
POZOSTAWIĆ PUSTE

ZGODA NA BADANIE MEDYCZNO-SĄDOWE

Rozumiem, że:

- Celem badania medyczno-sądowego jest:
 - Ocena mojego stanu zdrowia fizycznego
 - Zapewnienie wszelkiego niezbędnego leczenia
 - Zabezpieczenie potencjalnych dowodów, w tym dokumentacji fotograficznej
- Badanie może również obejmować przeprowadzenie testów w kierunku zakażeń, ciąży oraz obecności substancji użytych w celu ułatwienia popełnienia przestępstwa.
- Mogę w dowolnym momencie przerwać badanie lub zrezygnować z jego dowolnej części.
- Mogą zostać mi zadane pytania dotyczące przebiegu zdarzenia, a odpowiedzi na te pytania posłużą do ukierunkowania dalszej części badania.
- Może zostać wykonana dokumentacja fotograficzna, która może obejmować również intymne części ciała. Mogę zdecydować, które zdjęcia zostaną wykonane.
- Zdjęcia oraz notatki z przeprowadzonego badania mogą zostać zweryfikowane przez innego lekarza i/lub biegłego specjalistę.
- Badanie ma charakter poufny, jednak jeżeli sąd tego zażąda, moje zdjęcia, notatki oraz wyniki mogą zostać udostępnione.
- Zebrany materiał dowodowy może zostać wykorzystany w toku postępowania.
- Odzież lub inne przedmioty przekazane jako materiał dowodowy nie podlegają zwrotowi.
- Otrzymałem(-am) broszurę dotyczącą badania medyczno-sądowego, a przysługujące mi możliwości wyboru zostały mi wyjaśnione.

Pacjent (jeżeli **jest zdolny** do wyrażenia zgody) – lub – w przypadku **braku zdolności** do wyrażenia zgody: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (**proszę zakreślić właściwą rolę i złożyć parafę przy wybranej opcji**)

Badanie medyczno-sądowe Tak: _____ Nie: _____

Zabezpieczenie materiału dowodowego Tak: _____ Nie: _____

Dokumentacja fotograficzna Tak: _____ Nie: _____

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ LUB PRZECHOWYWANIE MATERIAŁU DOWODOWEGO

☐ ND: Materiał dowodowy nie został zabezpieczony

Rozumiem, że mogę zdecydować o przekazaniu zabezpieczonego materiału dowodowego do laboratorium kryminalistycznego w celu przeprowadzenia badań.

LUB

Mogę zdecydować o przechowywaniu zabezpieczonego materiału dowodowego.

W przypadku wyboru przechowywania materiału dowodowego rozumiem, że organy ścigania są zobowiązane do jego przechowywania wyłącznie **przez okres co najmniej 10 lat lub – jeżeli nie ukończyłem(-am) 18 lat – do dnia moich 28. urodzin**. Rozumiem, że mogę zmienić decyzję i w dowolnym momencie przed upływem okresu przechowywania materiału dowodowego dokonać zgłoszenia organom ścigania oraz wyrazić zgodę na przekazanie materiału do laboratorium kryminalistycznego w celu przeprowadzenia badań.

Pacjent (jeżeli **jest zdolny** do wyrażenia zgody) – lub – w przypadku **braku zdolności** do wyrażenia zgody: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (**proszę zakreślić właściwą rolę i złożyć parafę przy wybranej opcji**)

- Poddanie materiału dowodowego **badaniom** (wymagany wiek co najmniej 13 lat do wyrażenia zgody na badania) _____
- **Przechowywanie** materiału dowodowego (bez przeprowadzania badań) _____ Okres przechowywania materiału dowodowego upływa dnia _____

PROSZĘ PODPISAĆ ANGIELSKĄ WERSJĘ

Pacjent (jeżeli **jest zdolny** do wyrażenia zgody) – lub – w przypadku **braku zdolności** do wyrażenia zgody: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej
(proszę zakreślić właściwą rolę oraz złożyć podpis; w przypadku braku zgłoszenia – złożyć parafę)

Data/Godzina

Podpis pracownika ochrony zdrowia

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Data/Godzina

Jeśli dotyczy: Imię i nazwisko tłumacza

Nr identyfikacyjny tłumacza

Data/Godzina

Oryginał do akt sprawy organów ścigania, kopia do dokumentacji medycznej szpitala, kopia dla pacjenta.

NIE UMIESZCZAĆ TEJ STRONY W ZAPŁOMBOWANYM ZESTAWIE DO ZABEZPIECZANIA MATERIAŁU DOWODOWEGO

ISP 6-003 (01/26)

Formularz zgody pacjenta w sprawie przestępstwa na tle seksualnym oraz dokumentacji łańcucha dowodowego

Etykieta pacjenta tutaj
W PRZYPADKU BRAKU ZGŁOSZENIA
PRZEZ PACJENTA
POZOSTAWIĆ PUSTE

WAŻNE INFORMACJE KONTAKTOWE

W przypadku pytań dotyczących **wyników badań zabezpieczonego zestawu dowodowego lub statusu prowadzonego postępowania** prosimy o kontakt z poniższą agencją organów ścigania.

Agencja organów ścigania: _____ Nr raportu: _____

Adres: _____ Numer telefonu: _____

W przypadku pytań dotyczących **przeprowadzonego badania lub jakichkolwiek kwestii związanych z opieką medyczną** można skontaktować się z poniższym Ośrodkiem Interwencji Kryzysowej ds. Przemocy Seksualnej lub placówką medyczną.

Ośrodek Interwencji Kryzysowej ds. Przemocy Seksualnej: _____ Numer telefonu: _____

Kontakt w placówce medycznej: _____ Numer telefonu: _____

FORMULARZE DOKUMENTACJI MEDYCZNO-SĄDOWEJ

☐ ND: Pacjent nie dokonuje zgłoszenia

Pacjent (jeżeli **jest zdolny** do wyrażenia zgody) – lub – w przypadku **braku zdolności** do wyrażenia zgody: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej
(proszę zakreślić właściwą rolę i złożyć parafę przy wybranej opcji)

Wyrażam zgodę na przekazanie kopii mojej dokumentacji medyczno-sądowej organom ścigania.

Tak: _____ Nie: _____

Kopia formularza dokumentacji medyczno-sądowej (strony 1-8) przekazana przedstawicielowi organów ścigania w kopercie.

(Parafa pracownika ochrony zdrowia) _____

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI (wypełnia pracownik ochrony zdrowia oraz przedstawiciel organów ścigania; podpisy składane w chwili odbioru zestawu)

Poświadczam, że poniższe przedmioty zostały przekazane organom ścigania. (pracownik ochrony zdrowia – proszę złożyć parafę przy wszystkich właściwych pozycjach)

_____ Zestaw Policji Stanowej Illinois (ISP) do zabezpieczania materiału dowodowego w sprawach przestępstw na tle seksualnym

- K# _____

_____ Formularz zgody pacjenta w sprawie przestępstwa na tle seksualnym oraz dokumentacji łańcucha dowodowego ISP

_____ Próbką moczu do badania toksykologicznego

_____ Formularz zgody ISP na badanie toksykologiczne

_____ Wymaz zewnętrznych narządów płciowych przed oddaniem moczu (złożyć parafę wyłącznie, jeśli wykonano poza zestawem)

_____ Worki dowodowe: Łączna liczba worków (_____) Opisać zawartość każdego worka:

- _____
- _____
- _____
- _____

Materiał dowodowy przekazano z placówki medycznej w dniu: _____

(Data/Godzina)

Podpis przedstawiciela organów ścigania **przyjmującego** materiał dowodowy: _____

Nr identyfikacyjny funkcjonariusza oraz stopień służbowy (drukowanymi literami): _____ Agencja: _____

Podpis pracownika ochrony zdrowia **przekazującego** materiał dowodowy: _____

Imię i nazwisko pracownika ochrony zdrowia oraz stanowisko (drukowanymi literami): _____

Oryginał do akt sprawy organów ścigania, kopia do dokumentacji medycznej szpitala, kopia dla pacjenta.

NIE UMIESZCZAĆ TEJ STRONY W ZAPŁOMBOWANYM ZESTAWIE DO ZABEZPIECZANIA MATERIAŁU DOWODOWEGO

ISP 6-003 (01/26)