



## Kit parte A - Violenza sessuale

### Modulo di consenso del paziente per la raccolta, il rilascio o l'archiviazione di prove

**ATTACCARE L'ADESIVO PAZIENTE**

O inserire il nome del paziente: \_\_\_\_\_

#### Ulteriori informazioni:

Numero di telefono  
del paziente:

Indirizzo email  
del paziente:

Nome dell'istituto:

**Istruzioni:** Il presente modulo deve essere utilizzato nel caso in cui un paziente vittima di violenza sessuale o tutore autorizzi la raccolta di prove. Includere le iniziali del paziente / tutore sulle linee indicate; sono richieste le firme complete a piè di pagina.

Un minorenne maturo che si presenta al pronto soccorso dell'ospedale potrebbe acconsentire o scegliere di non acconsentire, senza coinvolgimento genitoriale, ad un esame forense, nel caso di cure a seguito di violenza sessuale.

Il presente modulo di consenso non è inteso per la descrizione di tutti i componenti di un esame medico forense a seguito di violenza sessuale. Il consenso totalmente informato deve essere ottenuto dal paziente durante l'esame attraverso comunicazione verbale tra il medico, il paziente e l'eventuale tutore. Salvare il modulo nella cartella clinica elettronica del paziente. Una copia potrebbe essere distribuita alla persona autorizzata (paziente e o tutore) ed alle forze dell'ordine, se rilasciata.

### **Consenso per la raccolta di prove a seguito di violenza sessuale**

Acconsento all'esame da parte del medico ed alla raccolta delle prove a seguito di violenza sessuale utilizzando un *Kit di raccolta delle prove a seguito di violenza sessuale dello Stato di New York, Parte A*. Sono consapevole che ciò potrebbe includere domande in merito alla mia storia personale e clinica, l'esame per possibili lesioni ed altre problematiche cliniche e la raccolta di campioni per prova. Posso anche scegliere di acconsentire a fotografare le lesioni, se necessario. Le prove potrebbero essere utilizzate nel caso in cui io decidessi di denunciare il crimine alle forze dell'ordine.

Sono consapevole che possono dire di no a parte o a tutto l'esame ed alla raccolta di prove in qualsiasi momento. Il medico mi ha informato sui miei diritti dandomi una copia della "Carta dei Diritti delle Vittime di Violenza Sessuale dello Stato di New York" e si è offerto di spiegarmela.

Per favore, inserisca le sue iniziali vicino alla scelta:

Raccolta di prove

Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fotografie

Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

... continua a pagina 2

Ai sensi della legge dello Stato di New York, le versioni tradotte di questo documento sono disponibili nelle lingue designate sul sito <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>

## **Consenso per il rilascio o l'archiviazione di prove a seguito di violenza sessuale**

Posso decidere di informare le forze dell'ordine del mio caso e di fornire informazioni e prove da me raccolte alle forze dell'ordine. Le prove possono includere il *Kit di raccolta delle prove a seguito di violenza sessuale dello Stato di New York, Parte A*, il *Kit di raccolta delle prove a seguito di violenza sessuale dello Stato di New York, Parte B*, fotografie e/o qualsiasi oggetto personale raccolto durante l'esame. Le forze dell'ordine daranno le mie prove ad un laboratorio forense per effettuare i test.

Oppure posso decidere che non voglio dare notifica alle forze dell'ordine o permettere che le prove e le informazioni raccolte siano consegnate a loro. Mi è stato detto che le prove raccolte saranno archiviate in luogo sicuro per 20 anni. Nel caso in cui io non voglia che le forze dell'ordine mantengano le mie prove per il periodo di 20 anni, di seguito saranno smaltiti secondo le leggi statali e locali.

Sono consapevole che posso rilasciare le mie prove alle forze dell'ordine in qualsiasi momento sino allo smaltimento. Per il rilascio delle mie prove, posso contattare il medico che le ha raccolte, le forze dell'ordine, i programmi di assistenza alla vittima o l'istituto di conservazione sicura. Nel caso in cui le mie prove dovessero essere spostate, e prima del loro smaltimento, riceverò notifica.

Sono consapevole che i miei abiti ed altri effetti personali raccolti come prova mi saranno restituiti nel caso dovessi chiederli.

Per favore, inserisca le sue iniziali vicino alla scelta:

Rilascio di prove alle forze dell'ordine Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(In caso di risposta negativa, le prove saranno inviate all'archivio a lungo termine)

Rilascio di fotografie alle forze dell'ordine Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Rilascio di altri effetti (specificare) \_\_\_\_\_ Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

La persona che autorizza al consenso è:  Il paziente  Il genitore del paziente  Il tutore del paziente

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

---

Firma della persona autorizzata	Stampa nome	Data
---------------------------------	-------------	------

---

Firma del medico	Stampa nome	Data
------------------	-------------	------

---

Firma dell'interprete (se presente)	Stampa nome	Data
-------------------------------------	-------------	------

Distribuzione: L'originale si trova nella cartella clinica del paziente; la copia al paziente;  
Copia per le forze dell'ordine se sporta denuncia

*Non inserire il modulo di consenso nella confezione del Kit parte A*

Ai sensi della legge dello Stato di New York, le versioni tradotte di questo documento sono disponibili nelle lingue designate sul sito <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>