

Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie postępowania z dziewczynkami i kobietami doświadczającymi przemocy seksualnej

Guidelines of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians
on the management of girls and women subjected to sexual violence

Agnieszka Drosdzol-Cop¹, Agnieszka Nowak², Ewa Guzik-Makaruk³,
Jerzy Jaroszewicz⁴, Violetta Skrzypulec-Plinta⁵,
Ewa Wender-Ożegowska⁶, Grażyna Iwanowicz-Palus⁷,
Rafał Stojko¹, Grzegorz Teresiński⁸, Piotr Sieroszewski⁹

¹Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Instytut Nauk Prawnych, Akademia Policji w Szczytnie

⁴Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁵Katedra Zdrowia Kobiety, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁶Klinika Rozrodczości, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

⁷Zakład Opieki Specjalistycznej w Położnictwie, Katedra Rozwoju Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁸Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁹Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Drosdzol-Cop A., Nowak A., Guzik-Makaruk E. i wsp. „Guidelines of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians on the management of girls and women subjected to sexual violence”, *Ginekol Pol* 2025; doi: 10.5603/gpl.109924. Należy cytować wersję pierwotną.

W rekomendacjach przedstawiono aktualny sposób postępowania lekarza ginekologa-położnika z dziewczynkami i kobietami doświadczającymi przemocy seksualnej, który w uzasadnionych przypadkach, po wnikliwej analizie danej sytuacji klinicznej, może być zmieniony.

Rzeczywistość medycznych i prawnych, z upływem czasu, może stanowić podstawę do modyfikacji i aktualizacji powyższych rekomendacji [1–3].

W pierwszej kolejności lekarz udziela pomocy o charakterze medycznym i na tym obowiązku powinien się w pełni skoncentrować, choć niektóre z czynności medycznych należy przeprowadzić z uwzględnieniem potrzeb aktualnego lub prowadzonego w przyszłości postępowania procesowego.

W dalszej kolejności lekarz rozważa, czy ciąży na nim obowiązek prawny lub społeczny zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, a przy tym, czy istnieje podstawa do zwolnienia go z zachowania tajemnicy lekarskiej.

Rola lekarza ginekologa-położnika w opiece nad dziewczynkami i kobietami doświadczającymi przemocy seksualnej

Na postępowanie lekarza w zabezpieczeniu osoby doświadczającej przemocy seksualnej składają się:

1. **Rozpoznanie i ustabilizowanie stanów nagłych**119
2. **Rozstrzygnięcie kwestii konieczności udzielenia pomocy innym pacjentkom będącym aktualnie pod opieką lekarza** 119
3. **Przeprowadzenie i udokumentowanie badania podmiotowego** 119
 - 3.1. Badanie podmiotowe – dane ukierunkowane na wcześniejsze zdarzenia ginekologiczno-położnicze oraz ogólny stan zdrowia 120
 - 3.2. Badanie podmiotowe – dane ukierunkowane na przebieg zdarzenia (jeśli są możliwe do uzyskania) 120
4. **Przeprowadzenie i udokumentowanie badania przedmiotowego** 120
 - 4.1. Badanie przedmiotowe ogólne121
 - 4.2. Badanie przedmiotowe ginekologiczne ..121
 - 4.2.1. Pozycja wykonania badania ginekologicznego121
 - 4.2.2. Ocena narządów płciowych, odbytu i krocza 122
5. **Wykonanie badań dodatkowych** 123
6. **Wykonanie dokumentacji fotograficznej** 123
7. **Zabezpieczenie materiału dowodowego** 123
 - 7.1. Schemat procedury zabezpieczenia próbek (wymazów) 123
 - 7.2. Kolejność zabezpieczania próbek oraz rekomendowane do tej czynności osoby.124
8. **Wykonanie badań bakteriologicznych (hodowle komórkowe, badania PCR)** 126
9. **Zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą płciową**126
 - 9.1. Empiryczne leczenie przeciwdrobnoustrojowe 126
 - 9.2. Badania serologiczne i profilaktyka poekspozycyjna (kiła, HBV, HCV, HAV, HIV, HPV)127
 - 9.3. Empiryczna profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV127
10. **Poradnictwo w zakresie zapobiegania ciąży** .. 129
11. **Ustalenie terminu wizyt kontrolnych** 129
12. **Zapewnienie wsparcia psychologicznego** 129
13. **Prawny i społeczny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie (obowiązek denuncjacyjny)** . 129
 - 13.1. Obowiązek prawny 129
 - 13.2. Obowiązek społeczny130

W przypadku podejrzenia, że doszło do wykorzystania seksualnego **kobiety**, badanie powinien przeprowadzić lekarz ginekolog-położnik, optymalnie tej samej płci. W przypadku braku dostępności wskazanej osoby należy uzyskać pisemną zgodę na badanie przez lekarza płci męskiej.

W przypadku podejrzenia, że doszło do wykorzystania seksualnego **dziewczynki**, badanie powinien przeprowadzić lekarz ginekolog-położnik, jeśli to możliwe, we współpracy z ginekologiem dziecięcym, optymalnie tej samej płci. W przypadku braku dostępności wskazanej osoby należy uzyskać pisemną zgodę uprawnionych osób na badanie przez lekarza płci męskiej.

Należy uzyskać zgodę uprawnionych osób na proponowane badania oraz inne czynności medyczne (należy wytłumaczyć, że pacjentka może odmówić przeprowadzenia badania w całości lub w części). W razie odmowy należy uzyskać pisemne oświadczenie uprawnionych osób o braku zgody na badanie.

1. Rozpoznanie i ustabilizowanie stanów nagłych

Osoby, co do których zachodzi przypuszczenie, że doświadczyły przemocy seksualnej, powinny zostać niezwłocznie przyjęte do izby przyjęć i po wstępnej ocenie podstawowych funkcji życiowych oraz wykluczeniu obecności obrażeń mogących zagrażać ich zdrowiu i życiu, skierowanie do ustronnego pomieszczenia, w celu zapewnienia im prywatności i intymności. W zależności od zakresu ujawnionych obrażeń konieczna może być wielospecjalistyczna pomoc medyczna.

2. Rozstrzygnięcie kwestii konieczności udzielenia pomocy innym pacjentkom będącym aktualnie pod opieką lekarza

Lekarz powinien rozstrzygnąć kwestię konieczności udzielenia pomocy innym pacjentkom będącym aktualnie pod jego opieką, zgodnie z wiedzą i obowiązującą go praktyką.

3. Przeprowadzenie i udokumentowanie badania podmiotowego

Przedstawiony schemat badania podmiotowego można modyfikować w zależności od indywidualnych potrzeb osoby, która doświadczyła przemocy seksualnej.

Każda osoba z personelu medycznego biorącego udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych powinna się pacjentce przedstawić oraz w sposób zrozumiały dokończyć swoją rolę w procesie sprawowania opieki.

Badanie podmiotowe powinno być ukierunkowane zarówno na przeszłe zdarzenia położniczo-ginekologiczne, ogólny stan zdrowia jak i przebieg zdarzenia, w trakcie którego doszło do przemocy seksualnej.

Nie zmuszaj pacjentki wbrew jej woli do opowiadania o napaści. Jeżeli wyraźnie chce mówić o swoich doświadczeniach, a stan jej zdrowia na to pozwala — wysłuchaj jej. **Nie oceniaj.** Celem badania podmiotowego jest zaplanowanie zakresu badania przedmiotowego, badań dodatkowych oraz koniecznych do zabezpieczenia śladów biologicznych. Dane pochodzące z wywiadu mogą w przyszłości stanowić element materiału dowodowego. Badanie podmiotowe — dane konieczne do odnotowania:

- dane pacjentki (imię, nazwisko, data urodzenia, rodzaj i numer dokumentu tożsamości); w przypadku dziewczynek — dodatkowo dane opiekuna obecnego podczas badania;
- data, godzina i miejsce badania;
- imiona i nazwiska osób przeprowadzających badanie.

3.1. Badanie podmiotowe — dane ukierunkowane na wcześniejsze zdarzenia ginekologiczno-położnicze oraz ogólny stan zdrowia

Należy ustalić:

- datę ostatniej miesiączki;
- liczbę przebytych ciąż, poronień;
- liczbę przebytych porodów (w tym zakończonych cięciem cesarskim, siłami natury);
- datę ostatniej aktywności seksualnej poprzedzającej krytyczne zdarzenie;
- charakter ostatniej aktywności seksualnej poprzedzającej krytyczne zdarzenie (w wywiadzie należy uwzględnić czynności masturbacyjne z wprowadzaniem do pochwy np. wibratorów czy palców);
- istniejące przed zdarzeniem choroby dróg moczowo-płciowych i okolic odbytu, na przykład infekcje przenoszone drogą płciową (STI, *sexually transmitted infections*), nawracające zakażenia układu moczowego, przewlekłe zaparcia, obecność szczelin odbytu;
- przebyte zabiegi, w tym zabiegi operacyjne jamy brzusznej i miednicy mniejszej;
- stosowaną antykoncepcję, w tym zastosowaną w dacie zdarzenia;
- inne choroby towarzyszące.

3.2. Badanie podmiotowe — dane ukierunkowane na przebieg zdarzenia (jeśli są możliwe do uzyskania)

Należy ustalić:

- czy przed zdarzeniem lub w jego trakcie doszło u kobiety do utraty świadomości/przytomności (czy pacjentka pamięta i relacjonuje cały przebieg zdarzenia);
- datę i godzinę zdarzenia;

- miejsce zdarzenia;
- liczbę sprawców;
- dane identyfikujące sprawcę/sprawców;
- opis przebiegu zdarzenia:
 - charakter czynności (genitalny, analny, oralny, inna czynność seksualna);
 - wystąpienie wytrysku u sprawcy (w jakiej okolicy ciała kobiety);
 - czy w trakcie zdarzenia używano prezerwatywy;
 - czy sprawca miał kontakt z innymi częściami ciała, na których mógł pozostawić swój materiał biologiczny (jakimi — piersi? szyja? inne — należy wskazać te miejsca);
 - użycie przez sprawcę w trakcie zdarzenia w stosunku do kobiety:
 - przemocy fizycznej (np. obezwładnienie ofiary);
 - przedmiotów (np. wprowadzonych do narządu rodowego, broni);
 - środków psychoaktywnych, alkoholu, innych;
 - czy kobieta się broniła (czy np. zadrapała sprawcę);
 - powtarzalność przemocy seksualnej (szczególnie w przypadku dziewczynek);
- zachowanie kobiety po zdarzeniu:
 - czy zmieniła bieliznę/odzież;
 - czy się umyła/podmyła;
 - czy oddała mocz;
- objawy ze strony układu moczowo-płciowego bądź okolic odbytu zaistniałe po zdarzeniu (np. krwawienie, trudności w oddawaniu moczu lub stolca);
- inne zgłaszane dolegliwości.

4. Przeprowadzenie i udokumentowanie badania przedmiotowego

Przedstawiony schemat badania przedmiotowego można modyfikować w zależności od indywidualnych potrzeb osoby, która doświadczyła przemocy seksualnej.

Poproś wyraźnie o pozwolenie na dotyk, ponieważ przemoc seksualna z definicji polega na sprawowaniu kontroli nad ofiarą przez osobę naruszającą jej granice.

Przed rozpoczęciem czynności zrozumiale **poinformuj o celu i przebiegu każdego proponowanego działania** oraz o wynikach przeprowadzonych badań.

Zaleca się, aby badanie przedmiotowe odbywało się w obecności osoby asystującej — drugiego lekarza, położnej lub pielęgniarki, za zgodą pacjentki, w warunkach zapewniających komfort i intymność.

Badanie powinno być przeprowadzone w możliwie najkrótszym czasie od zdarzenia.

Cel badania stanowi zaopatrzenie doznanych obrażeń, ich udokumentowanie oraz pobranie materiałów do celów dowodowych. Ujawnienie obrażeń na ciele pacjentki i pobranie z nich wymazów, które mogą zostać

poddane badaniom genetycznym profilu DNA, zwiększa szansę udowodnienia sprawstwa.

4.1. Badanie przedmiotowe ogólne

Badanie przedmiotowe ogólne uwzględnia:

- ocenę stanu ogólnego;
- ocenę stanu emocjonalnego kobiety;
- oględziny całego ciała z ujawnieniem i opisaniem obrażeń związanych ze stosowaną wobec dziewczynki/kobiety przemocą fizyczną, w razie możliwości z udziałem specjalisty medycyny sądowej, w tym szczególnie:
 - *jej uciszaniem*: okolica jamy ustnej i nosa, na przykład obecność wylewów krwawych w obrębie błony śluzowej przedsionka jamy ustnej;
 - *ssaniem, gryzieniem*: na przykład podbiegnięcia krwawe (tzw. malinki – *love bites*) – objaw ssania na przykład skóry piersi; ślady ugryzień – obrażenia kłusane, czyli otarcia naskórka i podbiegnięcia krwawe tworzące układy zbliżone do łuków i pochodzące od zębów napastnika, na przykład na ramionach;
 - *przełamywaniem oporu*, na przykład obecność:
 - obrażeń na przyśrodkowych powierzchniach ud (np. podbiegnięć krwawych, otarć naskórka, zadrapań);
 - obrażeń na ramionach/przedramionach (np. skupisk niewielkich, liczących 1–2 cm, okrągłych bądź dyskoidalnych podbiegnięć krwawych, spowodowanych opuszkami palców sprawcy);
 - uszkodzeń paznokci – podczas obrony może dojść na przykład do złamania płytki paznokciowej.

4.2. Badanie przedmiotowe ginekologiczne

Badanie ginekologiczne narządów płciowych stanowi ostatni z etapów badania, pod warunkiem że nie doszło do wymagających pilnego zaopatrzenia obrażeń tej okolicy. Do badania używa się odpowiednio dobranych do wieku i aktywności seksualnej wzierników ginekologicznych (rozmiary XXS, XS, S, M, L lub wzierniki dziecięce dwużyłkowe). Wszystkie stwierdzone obrażenia narządów płciowych należy dokładnie opisać, podając lokalizację anatomiczną, długość, szerokość i głębokość, kierunek przebiegu, cechy gojenia itp. Dodatkowo należy sporządzić ich szkic (w „Karcie badania osoby doświadczającej przemocy seksualnej”) oraz – jeżeli to możliwe – wykonać dokumentację fotograficzną.

4.2.1. Pozycja wykonania badania ginekologicznego

Dziewczynki przed okresem pokwitania. Badanie przeprowadza się w pozycji najbardziej komfortowej dla

dziecka, umożliwiającą jednocześnie pobranie materiału. Badanie można przeprowadzić:

- 1) na kozetce lub fotelu ginekologicznym w pozycji „żabiej” (ryc. 1) lub „żabiej” na kolanach opiekuna (ryc. 2) (ang. *frog-leg position*; pozycja leżąca na plecach z kończynami dolnymi ugiętymi w kolanach i rozwartymi, przy złączonych stopach; pozycja „żabia” pozwala na odsłonięcie sromu, krocza i umożliwia ocenę narządów płciowych; **należy poprosić** dziewczynkę o umieszczenie rąk pod pośladkami, co znacznie ułatwi ocenę błony dziewiczej);
 - 2) w pozycji litotomijnej na fotelu ginekologicznym (ryc. 3) lub na kolanach opiekuna (ryc. 4) (pozycja litotomijna pozwala na lepszą ocenę sromu, przedsionka pochwy, błony dziewiczej, krocza i okolic odbytu);
 - 3) w pozycji kolankowo-łokciowej (ryc. 5) (pozwala na relaksację mięśni miednicy i lepszy wgląd w przedsionek pochwy i możliwość oceny błony dziewiczej).
- Dziewczynki po okresie pokwitania.* Błona dziewicza w tej grupie wiekowej staje się bardziej rozciągliwa, co czasem umożliwia przeprowadzenie badania



Rycina 1. Badanie ginekologiczne dziewczynki w pozycji „żabiej” na fotelu ginekologicznym (zdjęcie własne)



Rycina 2. Badanie ginekologiczne dziewczynki w pozycji „żabiej” na kolanach opiekuna (zdjęcie własne)



Rycina 3. Badanie ginekologiczne dziewczynki w pozycji litotomijnej (zdjęcie własne)



Rycina 4. Badanie ginekologiczne w pozycji litotomijnej na kolanach opiekuna (zdjęcie własne)



Rycina 5. Badanie ginekologiczne dziewczynki w pozycji kolanowo-piersiowej (zdjęcie własne)

wewnętrznego w pozycji litotomijnej przy użyciu wzierników o właściwym rozmiarze (np. wzierników dziecięcych dwużyłkowych).

Kobiety. Zaleca się, aby badanie ginekologiczne u dorosłych kobiet przeprowadzić w pozycji litotomijnej na fotelu ginekologicznym — bez względu na aktywność seksualną lub jej brak (pozycja ta pozwala na lepszą

ocenę sromu, przedsionka pochwy, błony dziewiczej, krocza i okolic odbytu oraz znacznie ułatwia pobranie materiału biologicznego; umożliwia również wykonanie badania wewnętrznego przy użyciu wzierników o właściwym rozmiarze: rozmiary XXS, XS, S, M, L lub wzierniki dziecięce dwużyłkowe dla kobiet, które jeszcze nie współżyły).

4.2.2. Ocena narządów płciowych, odbytu i krocza

Kolejno w badaniu należy opisać:

- **wargi sromowe** (obrażenia w postaci otarć, pęknięć i wylewów krwawych przyśrodkowych powierzchni warg sromowych większych, mniejszych i spoidła tylnego warg sromowych są częste u dziewczynek doświadczających przemocy seksualnej);
- **przedsionek pochwy** (w sytuacji stosunku przedsionkowego, bez uszkodzenia błony dziewiczej, obrażenia mogą mieć charakter np. wybroczyn krwawych błony śluzowej przedsionka pochwy);
- **błonę dziewiczą:**
 - po uwidocznieniu błony dziewiczej (co niejednokrotnie wymaga jej napięcia przez pociągnięcie rozchylonych warg sromowych bocznie i ku tyłowi lub uwidocznienia poprzez napięcie jej brzegów, np. na jałowej wymazówce czy przy użyciu napompowanego balonu cewnika Foleya) i opisie jej budowy anatomicznej (np. błona dziewicza pierścieniowata, półksiężycowata, strzępiasta, sitowata, z przegrodą, wręby błony dziewiczej, strzępiasty charakter wrębów błony dziewiczej), należy dokonać opisu zmian pourazowych i podać ich lokalizację odpowiadającą godzinom na tarczy zegara; w opisie zmian należy uwzględnić, czy obrażenia dochodzą do podstawy i obejmują całą szerokość i grubość błony, czy stanowią niepełne, brzeżne pęknięcia;
 - w przypadku defloracji zazwyczaj są to 1–2 promieniste rozdarcia (pęknięcia) zazwyczaj na godzinie 7 lub 8, dochodzące do podstawy; świeżym obrażeniom towarzyszą wylewy krwawe i krwawienie;
 - jeżeli w badaniu uwidoczniono gojące się rozdarcia błony dziewiczej, należy je opisać wraz z oceną stopnia gojenia (u dziewczynek widoczne są zbliznowacenia błony dziewiczej);
- **pochwę** (w opisie należy uwzględnić obraz ścian pochwy, sklepień pochwy, np. widoczną wydzielinę — opisać jej charakter, obecność ciał obcych);
- **szyjkę macicy** (opis makroskopowy z uwzględnieniem charakteru wydzieliny);
- **krocze;**
- **odbyt** (badanie przeprowadza się przy podejrzeniu stosunku analnego; w badaniu należy uwzględnić

opis skóry w okolicy odbytu; opisu zmian pourazowych dokonuje się, podając ich lokalizację odpowiadającą godzinom na tarczy zegara;

- **cewkę moczową** (otarcia w okolicy dołu łódkowego cewki moczowej są częste u dziewczynek).

5. Wykonanie badań dodatkowych

Można dodatkowo wykonać badanie USG (głowicą dopochwową lub przez powłoki brzuszne) w celu oceny narządów miednicy mniejszej, wykluczenia wczesnej ciąży lub obecności krwi w otrzewnej.

6. Wykonanie dokumentacji fotograficznej

Rekomenduje się, po uzyskaniu zgody pacjentki i wyjaśnieniu celu czynności, wykonanie dokumentacji fotograficznej ujawnionych obrażeń aparatem własnym pacjentki. W przypadku obrażeń, które mogą ulec zniekształceniu po ich medycznym zabezpieczeniu, dokumentację fotograficzną wykonuje się przed tym zabezpieczeniem. Rekomenduje się umieszczenie wydruku dokumentacji fotograficznej w historii choroby (do ewentualnego wykorzystania w postępowaniu dowodowym).

7. Zabezpieczenie materiału dowodowego

Pacjentka po doświadczeniu przemyśle seksualnej zgłasza się na badanie lekarskie z własnej inicjatywy bądź w wyniku wykonania postanowienia organu procesowego o przeprowadzeniu badania i wydaniu opinii. W pierwszej sytuacji lekarz przeprowadza badanie i za zgodą pacjentki następuje zabezpieczenie materiału dowodowego. W drugiej sytuacji organem procesowym wydającym postanowienie mogą być prokurator, Policja lub sąd. W tym przypadku lekarz również przeprowadza badanie i za zgodą pacjentki następuje zabezpieczenie materiału dowodowego przy współudziale technika kryminalistyki, który dostarcza pakiet kryminalistyczny. Zdarza się w praktyce lekarskiej, że pacjentka zgłasza się na badanie w asyście Policji, która nie posiada jednak stosownego postanowienia o przeprowadzeniu badania i wydaniu opinii. Tego rodzaju sytuacja nie została dotąd unormowana przepisami prawa w sposób niebudzący wątpliwości, dlatego należy przyjąć pewną dobrą praktykę, zgodnie z którą lekarz wykonujący badanie załącza w „Sprawozdaniu z badania osoby pokrzywdzonej przemyśle przeciwko wolności seksualnej i obyczajności” adnotację o braku postanowienia organu procesowego i jednocześnie informuje asystujących funkcjonariuszy Policji o konieczności niezwłocznego

dostarczenia postanowienia organu procesowego o przeprowadzeniu badania i wydaniu opinii w trybie przepisów kodeksu postępowania karnego, co może sanować tę czynność i spowodować jej finansowanie ze źródeł Ministerstwa Sprawiedliwości.

Substancje pochodzenia organicznego znajdowane na miejscu przemyśle oraz na przedmiotach i ciałach osób związanych z danym przemyśle to **ślady biologiczne**. Podstawowe zasady zabezpieczenia śladu biologicznego do badań kryminalistycznych to między innymi precyzyjny opis śladu, jego ochrona przed zanieczyszczeniem oraz odpowiednie przechowywanie. Należy przyjąć, że każdy zabezpieczony ślad może się stać kluczowym dowodem w sprawie.

Podczas badania lekarskiego ujawnia się i zabezpiecza ślady kryminalistyczne, w tym obecne na ciele ofiary ślady biologiczne, które mogą pochodzić od sprawcy (takie jak krew, nasienie, ślina, włosy, pot, mocz, kał). Zabezpiecza się również przedmioty ruchome, które mogą być nośnikami takich śladów (w tym odzież, bieliznę, podpaski, wkładki higieniczne).

Ze względu na ryzyko kontaminacji ta sama osoba nie powinna zabezpieczać śladów zarówno od ofiary, jak i osoby podejrzewanej, ani śladów pochodzących od więcej niż jednej ofiary bądź więcej niż jednej osoby podejrzewanej w tym samym zdarzeniu.

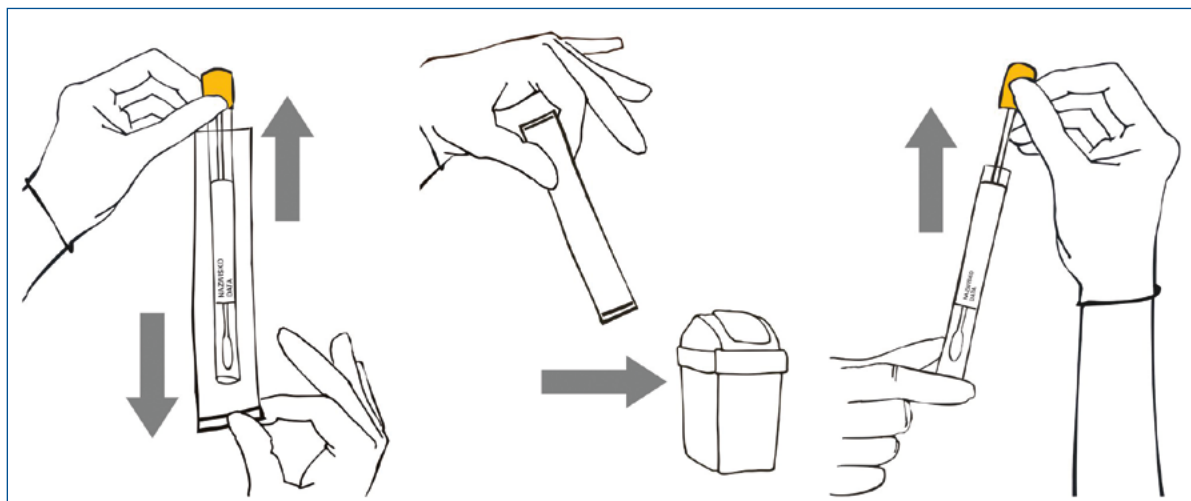
Osoba pobierająca próbki używa odzieży ochronnej, maseczki i sterylnych rękawiczek.

Zaleca się podwójne pobieranie próbek, to znaczy zabezpieczenie z tego samego śladu dwóch próbek: jednej próbki „suchej”, a drugiej próbki „mokrej”. Jeżeli przed pobraniem próbki obszar ciała był „wilgotny”, rekomenduje się, aby oba wymazy były „suche”. Jeżeli przed pobraniem próbki obszar ciała był „suchy”, rekomenduje się, aby oba wymazy były „wilgotne”. Oznakowanie próbek powinno wskazywać na kolejność ich pobierania. Pobrany materiał wykorzystuje się do badań genetycznych profilu DNA.

7.1. Schemat procedury zabezpieczenia próbek (wymazów)

Procedura zabezpieczenia próbek (wymazów) przebiega według ściśle określonego schematu.

1. Przygotuj opakowane wymazówki umieszczone w otwartej tulei (ryc. 6).
2. Przygotuj ampulkę ze sterylną wodą dejonizowaną.
3. Przygotuj zestaw torebek papierowo-foliowych.
4. Opisz torebkę, identyfikując osobę, od której pobiera się materiał, i miejsce, z którego pobrana będzie próbka.
5. Wyjmij wymazówkę wraz z tuleją z opakowania, wyrzuć opakowanie, a następnie wyjmij z tulei wymazówkę, trzymając ją za korek (ryc. 6).

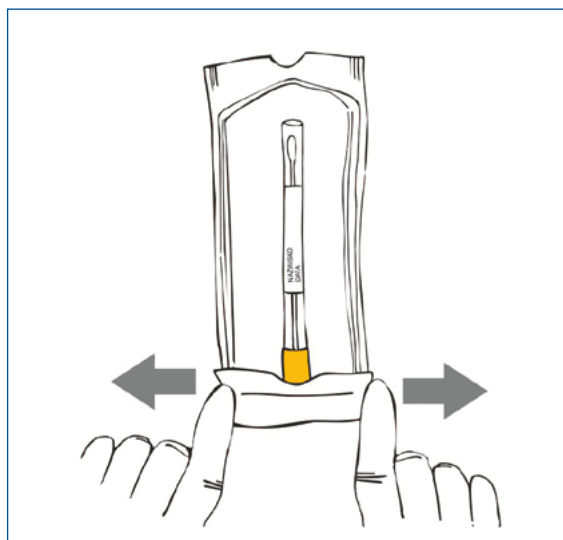


Rycina 6. Przygotowanie wymazówki do pobrania próbki „suchej”

6. Jeżeli wymagane jest zwilżenie wacika wymazówki (**próbka „mokra”**), nakrop na wacik 1–2 krople sterylnej wody dejonizowanej, uważając, aby nadmiernie nie zawilgościć wacików używanych do pobierania próbek (cała woda powinna zostać wchłonięta przez końcówkę wacika – tak aby była wilgotna, ale nie kapiała; należy się pozbyć nadmiaru wody przez jej delikatne strzepnięcie, uważając, aby przy tej czynności nie dopuścić do kontaktu z jakąkolwiek powierzchnią).
7. Trzymając za korek wymazówki, pobierz wymaz (materiał biologiczny). W celu równomiernego rozprowadzenia zebranego materiału wokół główki pałeczki wymazowej wykonaj delikatne ruchy obrotowe (obracaj wacik), przy niewielkim nacisku (co zminimalizuje ilość DNA własnego, pochodzącego z naskórka/ nabłonka ofiary).
8. Wymazówkę z pobranym materiałem ponownie umieść w tulei, a następnie w przygotowanej uprzednio torebce (ryc. 7).
9. Pobierz drugą pałeczkę i powtórz czynności opisane w punktach 1–8.
10. Zamknij torebkę z umieszczonymi w niej dwoma wymazami.

Uzyskanie informacji o użyciu przez sprawcę prezerwatywy lub o umyciu ciała przez osobę pokrzywdzoną przed badaniem, nie stanowi przeciwwskazania do zabezpieczenia wymazów, a jedynie może stanowić wyjaśnienie w przypadku uzyskania ujemnego wyniku badań genetycznych profilu DNA.

Nie w każdym przypadku jest konieczne/możliwe zabezpieczenie wszystkich wskazanych próbek. Zakres zabezpieczenia materiału ma być adekwatny do danych uzyskanych z badania podmiotowego i przedmiotowego oraz zgody pacjentki.



Rycina 7. Wymazówkę po włożeniu do tulei niezwłocznie się zamyka w przygotowanej i opisanej wcześniej torebce

7.2. Kolejność zabezpieczania próbek oraz rekomendowane do tej czynności osoby

Zalecenia dotyczące kolejności zabezpieczania próbek oraz rekomendowanych do tej czynności osób są następujące:

1. **Wymazy ze skóry** z okolic, które można uznać za istotne ze względu na kontakt skóry ze skórą/skóry z płynami ustrojowymi (np. ręce, nadgarstki, szyja, czoło, sutki, pępek, wzgórek łonowy, przyśrodkowa część uda, zgięcie pachwiny, pośladki) – zazwyczaj do 48 godzin, a jeśli okolica ciała nie została umyta – do 7 dni; zabezpiecza **technik kryminalistyki lub**

- inna przeszkolona osoba z personelu medycznego;** w przypadku gdy wymazy zabezpiecza się z intymnych okolic ciała — **lekarz lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego;** po 2 wymazy z każdej wytypowanej okolicy.
2. **Materiał spod wolnej części płytki paznokciowej** — zabezpiecza **technik kryminalistyki lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego** przy użyciu 5 wyskrobywaków, osobno spod każdego paznokcia; 5 wyskrobywaków z ręki prawej pakuje się do jednej torebki papierowo-foliowej opisanej literą P; 5 wyskrobywaków z ręki lewej pakuje się do drugiej torebki papierowo-foliowej opisanej literą L.
 3. **Wymazy z czerwieni wargowej i otaczającej je skóry** — zabezpiecza **technik kryminalistyki lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego** (2 wymazy).
 4. **Wymazy z jamy ustnej** — zabezpiecza **technik kryminalistyki lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego** (2 wymazy).
 5. **Wymazy z żeńskich narządów płciowych** — zabezpiecza **lekarz lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego:**
 - a) pierwszą próbkę z okolicy **warg sromowych większych i mniejszych oraz krocza** (2 wymazy);
 - b) drugą próbkę z **dolnej części pochwy** (ok. 1/3) (2 wymazy);
 - c) trzecią próbkę z **górnej części pochwy** (ok. 2/3) i **sklepienia pochwy** (2 wymazy);
 - d) jeżeli czas od zdarzenia przekracza 3 dni, opcjonalnie czwartą próbkę z **kanалу szyjki macicy**, jeśli warunki anatomiczne na to pozwalają (2 wymazy); pobranie wykonuje się za pomocą wziernika jednorazowego użytku o odpowiedniej wielkości, dopuszcza się użycie żelu.

Zaleca się pobranie materiału w przypadku:

 - **stosunku pochwowego w okresie do 7 dni** (168 godz.) poprzedzających badanie (nawet w przypadku rzekomego użycia prezerwatywy), a z **okolic szyjki macicy nawet do 9 dni;**
 - **penetracji pochwy palcem w okresie do 2 dni** (48 godz.) poprzedzających badanie;
 - **kontakt okolicy zewnętrznych narządów płciowych ze skórą sprawcy w okresie do 2 dni** (48 godz.) poprzedzających badanie.

U dziewczynek (przed okresem pokwitania) wymaz pobiera się w okresie do 3 dni (72 godz.) od stosunku pochwowego; jeżeli nie można użyć wziernika, należy zamiast tego spróbować pobrać dwa „ślepe” wymazy z pochwy, odpowiednio je oznaczając.
 6. **Wymazy z okolicy odbytniczej** — zabezpiecza **lekarz lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego:**
 - a) pierwszą próbkę zabezpiecza się z **okolicy okołodbytniczej** — krocza i bruzdy pośladkowej (2 wymazy);
 - b) druga próbka pochodzi z **kanalu odbytu** (2 wymazy).

Zaleca się pobranie materiału w przypadku:

 - **stosunku analnego w okresie do 3 dni** (72 godz.) poprzedzających badanie (nawet w przypadku rzekomego użycia prezerwatywy);
 - wytrysku nasienia na okolicę **zewnętrznych narządów płciowych/krocza/okolicę okołodbytniczą w okresie do 7 dni** (168 godz.) poprzedzających badanie.
 7. **Użycie grzebienia i pęsety:**
 - należy **wyczesać włosy łonowe**, aby zabezpieczyć luźne włosy (w tym ewentualne włosy obce); materiał wraz z grzebieniem umieszcza się w torebce papierowo-foliowej.
 - za pomocą drugiego grzebienia **należy wyczesać włosy na głowie**, aby zabezpieczyć luźne włosy (w tym ewentualne włosy obce), i umieścić je wraz z grzebieniem w drugiej kopercie; w przypadku mocno „sklejonych” włosów rekomenduje się równocześnie pobranie 2 „mokrych” wymazów z tego obszaru;
 - przy użyciu pęsety należy zabezpieczyć **inne ślady kryminalistyczne**, na przykład drobiny szkła, włókien, i umieścić je w odrębnej kopercie;
 - zabezpieczenia dokonuje **technik kryminalistyki lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego;** w przypadku gdy zabezpiecza się materiał z intymnych okolic ciała — **lekarz lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego.**
 8. **Odzież pacjentki, bieliznę, środki higieny osobistej (podpaski, wkładki), prezerwatywy itp.** należy zabezpieczyć w osobnych opakowaniach celem uniknięcia transferu DNA z jednej lokalizacji na drugą; mokrą odzież, po zapakowaniu, należy jak najszybciej dostarczyć do odpowiednio dostosowanego pomieszczenia przeznaczonego do suszenia odzieży; po jej wysuszeniu zapakować ponownie i opisać zgodnie z obowiązującymi zasadami — czynności te przeprowadza **technik kryminalistyki lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego.** Rekomenduje się opracowanie wewnętrznej procedury suszenia mokrej odzieży i jej pakowania po wysuszeniu (patrz Załącznik 1).

9. Próbkę toksykologiczne.

Jeśli zachodzi podejrzenie, że pacjentka podczas zdarzenia znajdowała się pod wpływem środków psychoaktywnych, to należy pobrać od niej krew i mocz do **badania toksykologicznego**. Detekcja środka psychoaktywnego we krwi czy moczu jest możliwa w relatywnie krótkim czasie po ekspozycji:

- a) **krew** — próbkę pobiera **lekarz lub inna przeszkolona osoba z personelu medycznego**;
- b) **mocz** — próbkę pobiera **samodzielnie pacjentka**. W dokumentacji z zabezpieczenia śladów biologicznych umieszcza się informację o pobranych materiałach, w tym:

- liczbie użytych wymazówek oraz miejscu, z którego próbki zostały pobrane;
- wskazuje się miejsce, z którego pobrano włosy i sposób ich pobrania (wyczesanie, pobranie wymazów);
- odnotowuje się informację o pobraniu próbek do badań toksykologicznych (krew, mocz).

Dokument potwierdzający zabezpieczanie próbek podpisuje lekarz przeprowadzający badanie, osoba zabezpieczająca ślady oraz osoba, od której zabezpieczono ślady (w przypadku osób małoletnich — również przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny) [4–9].

8. Wykonanie badań bakteriologicznych (hodowle komórkowe, badania PCR)

Ryzyko infekcji przenoszonej drogą płciową w następstwie wymuszonego kontaktu seksualnego oraz w grupie kobiet aktywnych seksualnie wynosi około 14,4%, natomiast wśród dziewczynek nieaktywnych seksualnie — około 4,3%.

Rzęsistkowica (czynniki etiologiczne: rzęsiestek pochwy [*Trichomonas vaginalis*]), **bakteryjna waginoza** (czynniki etiologiczne: głównie *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*), **rzeżączka** (czynniki etiologiczne: dwoinka rzeżączki [*Neisseria gonorrhoeae*]) oraz **chlamydia** (czynniki etiologiczne: *Chlamydia trachomatis*) to najczęściej diagnozowane infekcje u kobiet, które padły ofiarą przemocy na tle seksualnym [10–12]. Z tego powodu u tych pacjentek zaleca się pobranie typowego **wymazu bakteriologicznego** z kanału szyjki macicy (w grupie dziewczynek/kobiet uprzednio aktywnych seksualnie) lub pochwy (w grupie dziewczynek/kobiet uprzednio nieaktywnych seksualnie). Pozwoli to na identyfikację patogenów tlenowych i grzybów.

Dodatkowo w świetle nowych standardów diagnostycznych poprawiających czułość oraz czas do uzyskania

wyniku zaleca się wykonanie badania metodą amplifikacji kwasów nukleinowych (NAAT, *nucleic acid amplification test*), najczęściej reakcją łańcuchowej polimerazy (PCR, *polymerase chain reaction*), w kierunku najczęstszych zakażeń przenoszonych drogą płciową w ramach tak zwanego **panelu urogenitalnego**. Badanie to powinno obejmować co najmniej NAAT w kierunku *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* z miejsc eksponowanych (np. wymaz z pochwy/cewki moczowej lub próbka moczu, wymaz z odbytu, wymaz z gardła) [13].

Pacjentka powinna zostać poinformowana o konieczności zgłoszenia się po odbiór wyniku badania do jednostki, która je pobierała. W przypadku wyniku dodatniego badania bakteriologicznego należy prowadzić leczenie zgodnie z uzyskanym antybiogramem.

9. Zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą płciową

9.1. Empiryczne leczenie przeciwdrobnoustrojowe

Zgodnie ze stanowiskiem Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów (ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) z 2024 roku oraz Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTNAIDS) z 2025 roku zaleca się przeprowadzenie u każdej dziewczynki/kobiety będącej ofiarą przemocy seksualnej [6, 10–14] **empirycznego leczenia przeciwdrobnoustrojowego** według schematu:

- ceftriakson 500 mg domięśniowo (*i.m.*, *intramuscular*) w pojedynczej dawce (osobom o masie ciała powyżej 150 kg należy podać 1 g ceftriaksonu *i.m.*). Alternatywnie w przypadku nadwrażliwości i/lub przeciwwskazań dla ceftriaksonu można zastosować cefiksim 800 mg doustnie *p.o.* jednorazowo;
- doksycyklina 100 mg 2 razy dziennie *p.o.* przez 7 dni — zalecana u dziewczynek powyżej 8. roku życia; u młodszych należy zastąpić azytromycyną — dawkowanie zależne od wieku i masy ciała (tab. 1). Alternatywnie w przypadku nadwrażliwości i/lub przeciwwskazań dla doksycykliny można zastosować 1 g azytromycyny *p.o.* jednorazowo;
- metronidazol 500 mg 2 razy dziennie *p.o.* przez 7 dni. Alternatywnie w przypadku nadwrażliwości i/lub przeciwwskazań dla metronidazolu można zastosować tynidazol 2 g *p.o.* w dawce jednorazowej;
- u dziewczynek dawkowanie dostosowuje się do wieku i masy ciała (tab. 1) [13].

Tabela 1. Profilaktyka zakażeń bakteryjnych przenoszonych drogą płciową – dawkowanie u dziewczynki do 18. roku życia [13]

Leczenie	Dziewczynki do 12. rż.	Dziewczynki powyżej 12. rż.
Ceftriakson <i>i.m.</i> jednorazowo (<i>N. gonorrhoeae</i>) plus Doksycyklina <i>p.o.</i> przez 7 dni (<i>Ch. trachomatis</i>) Metronidazol <i>p.o.</i> przez 7 dni (<i>T. vaginalis</i>)	25–50 mg/kg mc. (maks. 250 mg) Dla dziewczynek > 8. rż. 2,2 mg/kg mc. co 12 h (maks. 100 mg co 12 h) 15 mg/kg mc. co 8 h	500 mg 100 mg co 12 h 500 mg co 12 h
Alternatywnie dla ceftriaksonu można zastosować: cefiksimum <i>p.o.</i> jednorazowo Alternatywnie dla doksycykliny można zastosować: azytromycynę <i>p.o.</i> jednorazowo Alternatywnie dla metronidazolu można zastosować: tyndazol <i>p.o.</i> w dawce jednorazowej	8 mg/kg mc. Dla dziewczynek > 45 kg i > 8. rż. – 1 g Pozostałe: 20 mg/kg mc. 50–60 mg/kg mc.	800 mg 1 g 2 g

i.m. (intramuscular) – domięśniowo; *p.o.* (per os) – doustnie

9.2. Wykonanie badań serologicznych i profilaktyka poekspozycyjna (kiła, HBV, HCV, HAV, HIV, HPV)

Do rutynowych badań serologicznych zalecanych w profilaktyce poekspozycyjnej wymuszonego kontaktu seksualnego zalicza się: **przeciwciała anti-HIV/p24** (przeciwciała przeciw ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności/antygen p24, *human immunodeficiency virus antibodies/p24 antigen*), **przeciwciała anti-HBc total** (przeciwciała całkowite przeciwko antygenowi rdzeniowemu wirusa zapalenia wątroby typu B, *total antibodies to Hepatitis B core antigen*), **antygen HBs** (antygen powierzchniowy wirusa zapalenia wątroby typu B, *Hepatitis B surface antigen*), **przeciwciała anti-HBs** (przeciwciała przeciwko antygenowi powierzchniowemu wirusa zapalenia wątroby typu B, *antibodies to Hepatitis B surface antigen*) (u szczepionych przeciwciała anti-HBV), **przeciwciała anti-HCV** (przeciwciała przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C, *antibodies to Hepatitis C virus*) oraz badania serologiczne w kierunku kiły (**USR/VDRL**) (*USR, unheated serum reagin; VDRL, Venereal Disease Research Laboratory test*) Również w tym przypadku trzeba poinformować pacjentkę o konieczności zgłoszenia się po odbiór wyniku badania do jednostki, która je pobierała [10–14].

Postępowanie poekspozycyjne pozazawodowe w zakresie HBV, HCV, HIV jest prowadzone w Poradniach HIV/AIDS, leczenie stwierdzonych zakażeń może się zaś odbywać w Poradniach Chorób Zakaźnych, Wenerologicznych oraz HIV/AIDS [13].

Jeśli wstępne wyniki badań są negatywne, ale nie można wykluczyć zakażenia u sprawcy przestępstwa, należy badania kontynuować zgodnie ze schematem zaproponowanym w wytycznych Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (tab. 2) [13].

Szczepienie poekspozycyjne przeciwko HBV zaleca się w przypadku każdej ofiary nieznanego sprawcy przestępstwa, która nie była szczepiona lub która nie wytworzyła ochronnego miana anty-HBV (> 10 IU/l). W przypadku **braku wcześniejszego szczepienia** zaleca się rozpoczęcie **pełnego cyklu szczepienia** – zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego (ChPL) (**zwykle schemat 0–1–6 mies.**), a u osób **z wykrywalnym anti-HBs, ale w mianie poniżej 10 IU/l – jednej dawki przypominającej**. Dodatkowo stosuje się **immunoglobulinę anti-HBs** w przypadku **sprawcy HBsAg(+)** lub gdy ofiara była szczepiona **wielokrotnie, ale z potwierdzonym brakiem odpowiedzi poszczepiennej** [10–14]. Ofiarom przemocy seksualnej należy również zalecić **szczepienie przeciwko wirusowi zapaleniu wątroby typu A**, zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych [13–14].

Dziewczynkom/kobietom w wieku od 9. roku życia i starszym, które doświadczyły przemocy seksualnej, a nie zostały zaszczepione lub nie przeszły pełnego cyklu szczepienia, rekomenduje się wykonanie we własnym zakresie **szczepienia przeciwko HPV** (*human papilloma virus* – wirus brodawczaka ludzkiego) [10–14].

9.3. Empiryczna profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV

Zaleca się także kwalifikację oraz wdrożenie **empirycznej profilaktyki poekspozycyjnej (PEP, post-exposure prophylaxis) zakażenia HIV** (*human immunodeficiency virus* – ludzki wirus niedoboru odporności). W przypadku stosunku dobrowolnego ryzyko przeniesienia wirusa HIV wynosi: stosunek pochwy – 0,08%; stosunek analny – 1,38%; seks oralny – ryzyko znacznie niższe od obu wyżej wymienionych. Zasadniczo ryzyko

Tabela 2. Kalendarium wizyt kontrolnych i rekomendowanych badań laboratoryjnych w poradniach chorób zakaźnych, wenerologicznych oraz HIV/AIDS (zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS) w modyfikacji własnej [13]

Test	Sprawca	„0”	2 tyg. po włączeniu PEP HIV	4–6 tyg. po ekspozycji	3 mies. po ekspozycji	6 mies. po ekspozycji
Anty-HIV/p24 ³	x	x		x	x	
HBsAg	x	x				x ⁴
Anty-HBc		x				x ⁴
Anty-HBs		x				
Anty-HCV	x	x				
HCV RNA				x ⁵		
Test serologiczny w kierunku kiły	x	x		x		
Rzeżączka ¹	x	x		x ²		
Chlamydia ¹	x	x		x ²		
Test ciążowy		x		x		
Kreatynina		x	x			
ALT, AST		x	x	x		
Morfologia krwi, inne według uznania		x	x			
HIV RNA	U wszystkich osób z zakażeniem HIV wykrytym na którejkolwiek wizycie					
Oporność HIV						

¹Wymaz z gardła, odbytu, pochwy; ²Jeśli nie zastosowano profilaktycznej antybiotykoterapii w momencie „0” lub stwierdzono objawy po 4–6 tygodniach od ekspozycji; ³Jeśli jednocześnie doszło do zakażenia HCV, może to opóźnić wytworzenie przeciwciał anty-HIV, ale nie wpływa na wynik testu anty-HIV/p24; ⁴Jeśli sprawca jest zakażony HBV; ⁵Jeśli sprawca jest zakażony HCV.
AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) – zespół nabytego niedoboru odporności; ALT (alanine aminotransferase) – aminotransferaza alaninowa; anty-HBc (antibodies to Hepatitis C surface antigen) – przeciwciała przeciwko antygenowi powierzchniowemu wirusa zapalenia wątroby typu C; anty-HBs (antibodies to Hepatitis B surface antigen) – przeciwciała przeciwko antygenowi powierzchniowemu wirusa zapalenia wątroby typu B; anty-HCV (antibodies to Hepatitis C virus) – przeciwciała przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C; anty-HIV/p24 (human immunodeficiency virus antibodies/p24 antigen) – przeciwciała przeciw ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności/antygen p24; AST (aspartate aminotransferase) – aminotransferaza asparaginianowa; HCV (Hepatitis C virus) – wirus zapalenia wątroby typu C; HIV (human immunodeficiency virus) – ludzki wirus niedoboru odporności; PEP HIV (HIV post-exposure prophylaxis) – profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV

zakażenia wirusem HIV po zdarzeniu z użyciem przemocy seksualnej przez nieznanego sprawcę jest niskie, należy jednak wziąć pod uwagę nieuleczalność zakażenia HIV. Zalecając profilaktykę poekspozycyjną, trzeba uwzględnić wszystkie czynniki ryzyka zakażenia, w tym rodzaj ekspozycji oraz profil sprawcy. Ryzyko zakażenia HIV jest wyższe w przypadku którejkolwiek z poniższych okoliczności:

- penetracji analnej;
 - krwawienia (u sprawcy lub ofiary);
 - przestępstwa zgwałcenia dokonanego przez wielu sprawców;
 - przestępstwa zgwałcenia na obszarach o wysokim rozpowszechnieniu zakażenia wirusem HIV [10–14].
- Zgodnie z aktualnymi wytycznymi PTNAIDS do profilaktyki pozazawodowej kwalifikują się następujące osoby (po uzyskaniu ich zgody):
- po współżyciu analnym lub waginalnym bez prezerwatywy (lub gdy doszło do uszkodzenia prezerwatywy),

gdy sprawca jest HIV(+) lub jego status serologiczny jest nieznan;

- po współżyciu oralnym z wytryskiem nasienia, gdy sprawca jest HIV(+) z wykrywalną wiramią;
- którym podano środki odurzające (np. za pomocą sprzętu iniekcyjnego lub innych akcesoriów do przygotowywania substancji psychoaktywnych, które mają kontakt z krwią), gdy sprawca jest HIV(+) [13].

W przypadkach wdrożenia profilaktycznego leczenia antyretrowirusowego najlepiej rozpocząć je w ciągu 4 godzin od momentu ekspozycji, jednakże nie później niż do 48 godzin przy ekspozycjach przezskórnych oraz nie później niż do 72 godzin w ekspozycjach seksualnych wysokiego ryzyka. W profilaktyce stosuje się schematy 3-lekowe, a terapia trwa 28 dni. Poszczególne schematy są uwzględnione w wytycznych PTNAIDS, a **profilaktyczne stosowanie leków odbywa się pod nadzorem Poradni HIV/AIDS** [13].

10. Poradnictwo w zakresie zapobiegania ciąży

Całkowite ryzyko zajścia w ciążę w następstwie aktu przemocy seksualnej wynosi około 5% [6]. Do rutynowego postępowania podczas badania pacjentki należy **wykonanie testu ciążowego**, udokumentowanie jego wyniku i ustalenie daty ostatniej miesiączki. Rekomenduje się **zaoferowanie antykoncepcji awaryjnej** wszystkim kobietom z ujemnym wynikiem testu ciążowego. Zwykle stosuje się leki doustne [np. 1 dawka 1,5 mg lewonorgestrelu do maks. 72 godz. (Escapelle, Livopill) lub 1 dawka 30 mg octanu uliprystalu do maks. 5 dni (EllaOne)], najlepiej do 72 godzin od daty zdarzenia. Wkładka wewnątrzmaciczna może być skuteczna, jeśli zostanie zastosowana do 5 dni od zdarzenia [6].

11. Ustalenie terminu wizyt kontrolnych

Dziewczynkom/kobietom, które doświadczyły przemocy seksualnej, zaleca się wizytę kontrolną w poradni ginekologicznej do około 7 dni od zdarzenia lub według indywidualnych wskazań.

12. Zapewnienie wsparcia psychologicznego

Lekarz powinien zapewnić wsparcie psychologiczne, jeśli istnieje taka możliwość w ramach danego ośrodka. Idealnym rozwiązaniem jest dostępność i możliwość natychmiastowej interwencji psychologa klinicznego. Do zadań lekarza należy również poinformowanie o możliwych odległych następstwach wykorzystania seksualnego (np. zaburzenia snu, wahania nastroju, depresja) oraz skierowanie do najbliższego miejsca, w którym można uzyskać pomoc psychoterapeutyczną (co należy odnotować w dokumentacji medycznej).

Szersze omówienie zagadnienia – patrz monografia WHO: *Opieka medyczna dla kobiet, które doznały przemocy w relacji intymnej i przemocy na tle seksualnym: przewodnik kliniczny* [6].

13. Prawny i społeczny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie (obowiązek denuncjacyjny)

Należy zapewnić pacjentkę, że wszystkie powierzone przez nią informacje objęte są tajemnicą zawodową i nie zostaną przekazane osobom nieuprawnionym. Jeżeli istnieje obowiązek zawiadomienia organów ścigania, należy **wyjaśnić, dlaczego zgłoszenie jest konieczne oraz kto będzie powiadomiony i przez kogo**. Każdy pracownik

ochrony zdrowia powinien znać przepisy prawa dotyczące obowiązków denuncjacyjnych.

13.1. Obowiązek prawny

Obowiązek prawny zawiadomienia o przestępstwie został nałożony na wszystkie osoby zdolne do ponoszenia odpowiedzialności karnej z art. 240 kodeksu karnego (k.k.) [15]. Podmiotami takimi są co do zasady osoby po ukończeniu 17. roku życia zdolne do ponoszenia winy. Są nimi wszyscy bez wyjątku i bez względu na wykonywaną profesję, a zatem także lekarze.

W niektórych sytuacjach zatem także na lekarza nałożony został **ustawowy obowiązek zawiadomienia organów powołanych do ścigania przestępstw** w razie powzięcia wiarygodnej wiadomości o karalnym przygotowaniu, usiłowaniu albo dokonaniu czynu zabronionego.

Obowiązek ten z mocy art. 240 § 1 k.k. w odniesieniu do lekarza i przestępstw przeciwko wolności seksualnej oraz zdrowiu i życiu człowieka dotyczy:

- **przestępstwa zgwałcenia** (art. 197 § 3–5 k.k.):
 - wspólnie z inną osobą;
 - wobec wstępnego, zstępного, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry;
 - posługując się bronią palną, nożem lub innym podobnie niebezpiecznym przedmiotem lub środkiem obezwładniającym albo działając w inny sposób bezpośrednio zagrażający życiu;
 - wobec kobiety ciężarnej;
 - utrwalając obraz lub dźwięk z przebiegu czynu;
 - zgwałcenia małoletniego poniżej lat 15;
 - zgwałcenia ze szczególnym okrucieństwem;
 - zgwałcenia z następstwem tego czynu pod postacią ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,
- **seksualnego wykorzystania osoby niepełnoletniej lub bezradnej** (art. 198 k.k.),
- **seksualnego wykorzystania małoletniego** – poniżej 15. roku życia (art. 200 k.k.), na przykład:
 - ciąża u małoletniej poniżej 15. roku życia;
 - obecność obrażeń błony dziewiczej i tylnego spoidła warg sromowych u małoletniej poniżej 15. roku życia, przy braku wiarygodnego wyjaśnienia mechanizmu ich powstania; sytuacja taka sugeruje możliwość zaistnienia przestępstwa seksualnego i powoduje konieczność ustalenia okoliczności powstania obrażeń przez organ procesowy;
 - spowodowania ciężkich uszkodzeń ciała (art. 156 k.k.).

Za brak powiadomienia organów uprawnionych do ścigania przestępstw grozi kara pozbawienia wolności do lat 3.

Organem uprawnionym do przyjęcia zawiadomienia o przestępstwie jest Policja lub prokurator. Wszystkie przestępstwa objęte obowiązkiem denuncjacji są ścigane z oskarżenia publicznego, zatem wyrażenie sprzeciwu przez pokrzywdzonego czy przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pozostaje bez znaczenia dla realizacji tego obowiązku. Lekarz w żadnym wypadku nie jest zobligowany do uzyskania zgody osoby pokrzywdzonej, jej przedstawiciela ustawowego czy opiekuna faktycznego na złożenie zawiadomienia o przestępstwie.

W treści art. 240 § 1 k.k. **nie nałożono na lekarza prawnego obowiązku zawiadomienia o przestępstwie:**

- zgwałcenia w typie podstawowym (art. 197 § 1 k.k.);
- doprowadzenia innej osoby do obcowania płciowego, wykorzystując brak możliwości rozpoznania przez nią znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem (art. 197 § 1a k.k.);
- doprowadzenia innej osoby do poddania się innej czynności seksualnej albo wykonania takiej czynności (art. 197 § 2 k.k.);
- seksualnego wykorzystania stosunku zależności lub krytycznego położenia (art. 199 k.k.);
- kazirodztwa (art. 201 k.k.);
- spowodowania średnich i lekkich uszkodzeń ciała (art. 157 k.k.);
- narażenia na zarażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub inną zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną bądź realnie zagrażającą życiu (art. 161 § 1 i § 2 k.k.).

Prawny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie z **art. 240 § 1 k.k. uchyla tajemnicę lekarską** uregulowaną w art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści [16]. W związku z tym lekarz, powziawszy „wiarygodną wiadomość” o popełnieniu przestępstwa z art. 240 § 1 k.k., jest obowiązany do niezwłocznego zawiadomienia o tym organów ścigania. **Wiarygodną wiadomość**, o której mowa w art. 240 k.k., obrazuje to, że w jej istnienie uwierzyłby każdy rozsądny obywatel. Istotne jest również to, że osoba składająca zawiadomienie o przestępstwie nie musi sprawdzać, czy wiadomość jest prawdziwa.

13.2. Obowiązek społeczny

W kontekście obowiązku zawiadomienia o przestępstwie istotna jest także regulacja zawarta w **art. 304 § 1 kodeksu postępowania karnego (k.p.k.)** [17], w myśl której, każdy, dowiedziawszy się o popełnieniu **przestępstwa ściganego z urzędu**, ma **społeczny obowiązek** zawiadomić o tym prokuratora lub Policję (zatem pracownik medyczny, który w związku z wykonywaniem zawodu dowiedział się o popełnieniu przestępstwa, innego aniżeli określonego w art. 240 k.k., może ale nie musi zawiadomić organy ścigania). Określenie „każdy”

oznacza każdego człowieka bez względu na wykonywaną przez niego profesję.

Niezastosowanie się do obowiązku społecznego nie skutkuje odpowiedzialnością karną.

Społeczny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie **nie uchyla tajemnicy lekarskiej czy medycznej**. Pracownik medyczny może dopełnić obowiązku denuncjacji tylko wtedy, gdy wyraził na to zgodę pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, czyli *de facto* pracownik medyczny został zwolniony z tajemnicy medycznej przez osobę uprawnioną.

Z punktu widzenia pracy lekarza równie ważny jest przepis **art. 304 § 2 k.p.k.** nakładający określone obowiązki denuncjacyjne na **instytucje państwowe i samorządowe**.

Stosownie do tej regulacji instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.

Wypada podkreślić, że prawny obowiązek denuncjacji określony w art. 304 § 2 k.p.k. jest szerszy aniżeli ten określony w art. 240 § 1 k.k., dotyczy bowiem **wszystkich przestępstw ściganych z urzędu**, a zatem także nieobjętych obowiązkiem z art. 240 § 1 k.k. Są to przykładowo: wszystkie przestępstwa z rozdziału XXV k.k. (Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności), czyli przestępstwa z art. 197–204 k.k. Mogą być to także przestępstwa zgrupowane poza tym rozdziałem, na przykład znęcanie się (art. 207 k.k.), rozpijanie małoletniego (art. 208 k.k.) czy średnie uszkodzenie ciała (art. 157 § 1 k.k.).

Należy zaznaczyć, że obowiązek zawiadomienia o przestępstwie spoczywający na instytucjach państwowych lub samorządowych, nie jest obowiązkiem społecznym, lecz **obowiązkiem prawnym**. Niedopełnienie obowiązków wynikających z art. 304 § 2 k.p.k. może prowadzić do odpowiedzialności karnej osoby odpowiedzialnej na podstawie art. 231 § 1–3 k.k.

Wynikający z art. 304 § 2 k.p.k. prawny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie obciąża wyłącznie **osobę pełniącą funkcję kierowniczą** w tej instytucji (np. dyrektora i jego zastępców, naczelną pielęgniarkę, przełożoną pielęgniarek i położnych, ordynatora oddziału, kierownika oddziału) lub ponoszącą z innego tytułu szczególną odpowiedzialność w tej instytucji (np. głównego księgowego). Pozostali pracownicy obowiązku takiego nie mają, choć powinni zawiadomić przełożonego (obowiązek służbowy) o popełnieniu przestępstwa.

Prawny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie z **art. 304 § 2 k.p.k. jako *lex specialis* uchyla tajemnicę lekarską** uregulowaną w art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W zawiadomieniu o przestępstwie można wskazać osobę podejrzaną. Zarówno zawiadomienie o przestępstwie, jak i wskazanie osoby podejrzanego mieszczą się w granicach prawa. Mogłyby przekraczać je wyłącznie wówczas, gdyby takie zawiadomienie i wskazanie konkretnej osoby podejrzanego dokonane było ze złym zamiarem i pełną świadomością nieprawdy takiego twierdzenia.

Jako że ustawa nie reguluje formy złożenia zawiadomienia, można je złożyć zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej. Organami uprawnionymi do przyjęcia zawiadomienia o przestępstwie są Policja i prokurator.

Informacje o artykule i deklaracje

Finansowanie

Autorzy deklarują brak finansowania.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Załącznik 1. Elementy zestawu do badania osoby, która doświadczyła przemocy seksualnej i zabezpieczenia śladów kryminalistycznych.

Elementy zestawu do badania osoby, która doświadczyła przemocy seksualnej i zabezpieczenia śladów kryminalistycznych:

- wyskrobywaki – 10 szt.,
- wymazówka w otwartej tulei w opakowaniu – ok. 30 szt.,
- sterylny grzebień do wyczesywania włosów – 2 szt.,
- sterylna pęseta plastikowa – 1 szt.,
- wzierniki umożliwiające badanie i pobranie materiału,
- sterylne jednorazowe rękawiczki,
- fartuch jednorazowy,
- maseczka,
- ampułka z wodą sterylną, dejonizowaną 5 ml – 1 szt.,
- pojemnik na mocz,
- torebki papierowo-foliowe – ok. 20 szt.,
- pudełko tekturowe do przechowywania zabezpieczonego materiału biologicznego – 1 szt.,
- banderole adhezyjne zabezpieczające – 3 szt.,
- papierowy worek na odzież,
- odzież zastępcza w porozumieniu z placówką Policji,
- karta badania osoby doświadczającej przemocy seksualnej lub karta badania osoby doświadczającej przemocy seksualnej – aneks (w przygotowaniu) – 2 szt.

Każda próbka pobranego materiału przeznaczonego do badania kryminalistycznego powinna być opatrzona etykietą zawierającą informacje dotyczące: danych identyfikujących pacjentkę, rodzaju materiału, miejsca, z którego materiał został zabezpieczony, daty i czasu pobrania oraz osoby, która dokonała jego pobrania. Materiały należy przechowywać w bezpiecznym miejscu, a wydając je organom ścigania, uzyskać protokół odbioru dowodów rzeczowych.

Załącznik 2. Karta badania osoby doświadczającej przemocy seksualnej

Karta badania osoby doświadczającej przemocy seksualnej

I. Imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania osoby badanej

.....

.....

.....

II. Miejsce, data, godzina rozpoczęcia i zakończenia badania oraz imię i nazwisko osoby/osób obecnych przy badaniu

.....

.....

.....

III. Wywiad ginekologiczno-położniczy, w tym: data ostatniej miesiączki, ciążę, porody i poronienia, ostatni dobrowolny kontakt seksualny, aktualne i przebyte infekcje przenoszone drogą płciową, stosowana antykoncepcja, przebyte operacje, inne choroby towarzyszące

.....

.....

.....

IV. Wywiad obejmujący: okoliczności zdarzenia, w tym miejsce, czas, sposób działania sprawcy, osobę sprawcy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Czynności wykonane przez dziewczynkę/kobietę po zdarzeniu, w tym zmiana odzieży, kąpiel, prysznic, oddanie moczu

.....

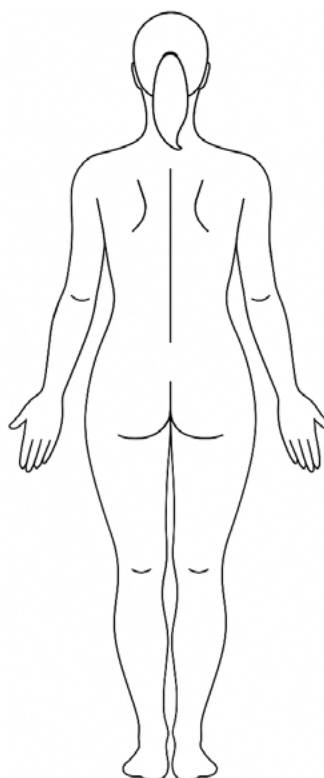
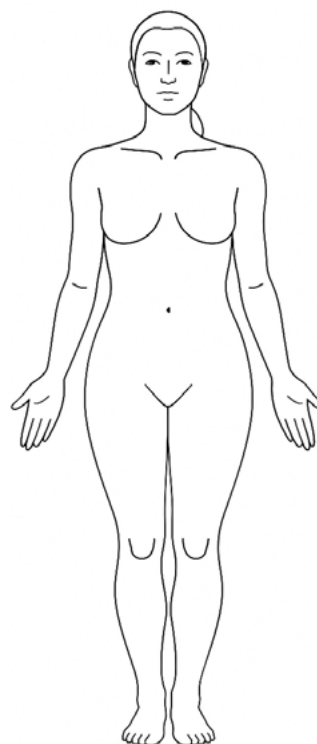
.....

.....

Załącznik 2. (kont.) Karta badania osoby doświadczającej przemocy seksualnej

VI. Badanie przedmiotowe ogólne — ocena stanu ogólnego, emocjonalnego, obrażeń ciała

(opis i szkic lokalizacji obrażeń: rodzaj, wielkość, kształt, przebieg, brzeg i barwa, wpływ na sprawność części ciała)



[illegible]

Załącznik 2. (kont.) Karta badania osoby doświadczającej przemocy seksualnej

X. Zastosowane leczenie, np. antybiotyki, preparaty antykoncepcyjne, leki przeciwbólowe, uspokajające

.....

.....

.....

.....

.....

XI. Zalecenia lekarskie, np. leki, preparaty antykoncepcyjne, hospitalizacja, konsultacje specjalistyczne

.....

.....

.....

.....

Zostałam poinformowana o możliwości¹/konieczności² zawiadomienia organów ścigania o zaistniałym zdarzeniu i w zakresie społecznego obowiązku zawiadomienia o przestępstwie zwalniam lekarza z zachowania tajemnicy lekarskiej, będąc świadoma ewentualnych niekorzystnych dla mnie skutków jej ujawniania, jak np. wystąpienia w roli procesowej pokrzywdzonej przestępstwem.

Podpis pacjentki i/lub opiekuna prawnego

.....

¹Należy poinformować o społecznym obowiązku zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia każdego przestępstwa ściganego z urzędu (art. 304 § 1 k.p.k.).

²Należy poinformować o prawnym obowiązku zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa (art. 240 k.k., art. 304 § 2 k.p.k.).

Wyrażam zgodę na: przeprowadzenie badania, pobranie materiału dowodowego oraz proponowane procedury lecznicze[#]

Podpis pacjentki i/lub opiekuna prawnego

.....

[#]niepotrzebne skreślić

**Pieczętka i podpis lekarza badającego
i sporządzającego kartę badania**

.....

Pieczętka i podpis osoby asystującej

.....

Piśmiennictwo

1. Drosdzol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V, Guzik-Makaruk EM, et al. Rekomendacje Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące badania ginekologicznego i leczenia osoby małoletniej (stan na 1.01. 2020 r.). *Gin Perinat Prakt.* 2019; 4(4): 164–167.
2. Drosdzol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V, Guzik-Makaruk EM, et al. Rekomendacje Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie postępowania z ofiarami przestępstw przeciwko wolności seksualnej i przemocy w rodzinie (stan na 1.01.2020 r.). *Gin Perinat Prakt.* 2019; 4(4): 168–190.
3. Drosdzol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V, Guzik-Makaruk EM, et al. Recommendations of the Group of Experts of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians regarding proceeding with victims of crimes against sexual freedom (01.01.2021). *Ginek Pol.* 2021; 92(1): 64–79, doi: [10.5603/GP.a2020.0193](https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0193), indexed in Pubmed: [33576492](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33576492/).
4. Teresiński G. (red.) *Medycyna sądowa*. Tom III. PZWL, Warszawa 2021: 106–111.
5. Depko A. (red.) *Seksuologia sądowa*. Tom III. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2024: 313–342.
6. Światowa Organizacja Zdrowia. Opieka medyczna dla kobiet, które doznały przemocy w relacji intymnej i przemocy na tle seksualnym: przewodnik kliniczny. Kopenhaga: Regionalne Biuro WHO dla Europy; 2023. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/367629> (3.11.2025).
7. Fuly of Forensic & Legal Medicine. Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects. fflm.ac.uk/wp-content/uploads/2025/07/Rec-Collection-Samples-FSSC-July-2025.pdf (3.11.2025).
8. Dawney N, Sheppard K. From crime scene to courtroom: A review of the current bioanalytical evidence workflows used in rape and sexual assault investigations in the United Kingdom. *Sci Justice.* 2023; 63(2): 206–228, doi: [10.1016/j.scijus.2022.12.006](https://doi.org/10.1016/j.scijus.2022.12.006), indexed in Pubmed: [36870701](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36870701/).
9. Pawłowski R, Branicki W, Kupiec T, et al. Recommendations of the Polish-speaking Working Group of the International Society for Forensic Genetics (ISFG-PL) regarding the disclosure of biological traces and the handling of evidence for identification tests. *Arch Med Sadowej Kryminol.* 2024; 73(3): 210–233, doi: [10.4467/16891716AMSIK.23.018.19318](https://doi.org/10.4467/16891716AMSIK.23.018.19318), indexed in Pubmed: [38662464](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38662464/).
10. Centers for Disease Control and Prevention: Sexual Assault and Abuse and STIs — Adolescents and Adults Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.
11. World Health Organization. Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090767> (3.11.2025).
12. World Health Organization. Recommendations for the treatment of *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Candida albicans*, bacterial vaginosis and human papillomavirus (anogenital warts). Geneva 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096370> (3.11.2025).
13. Bociąga-Jasik M, Ingłot M, Jabłonowska E, et al. Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Agencja Wydawnicza EkoPress, Warszawa–Kraków. 2025.
14. ACOG Committee Opinion No. 777: Sexual Assault. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(4): e296–e302, doi: [10.1097/AOG.0000000000003178](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003178), indexed in Pubmed: [30913202](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30913202/).
15. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. 2025 poz. 383 z późn. zm.).
16. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1287 z późn. zm.).
17. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz.U. 2025 poz. 46 z późn. zm.).