VIA MEDICA

ZALECENIA

Ginekologia Polska
2025, tom 96, nr 12, 1032–1048
Copyright © 2025 PTGiP
ISSN 0017–0011, e-ISSN 2543–6767

DOI: 10.5603/gpl.109924

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące postępowania z dziewczętami i kobietami, które padły ofiarą przemocy seksualnej

Agnieszka Drosdzol-Cop[1], Agnieszka Nowak[2], Ewa Guzik-Makaruk[3], Jerzy Jaroszewicz[4], Violetta Skrzypulec-Plinta[5], Ewa Wender-Ozegowska[6], Grażyna Iwanowicz-Palus[7], Rafał Stojko[1], Grzegorz Teresiński[8], Piotr Sieroszewski[9]

[1] *Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska*

[2] *Katedra Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska*

[3] *Instytut Nauk Prawnych, Akademia Policyjna w Szczytnie, Polska*

[4] *Katedra Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska*

[5] *Katedra Zdrowia Kobiet, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska*

[6] *Katedra Reprodukcji, Katedra Medycyny Perinatalnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Polska* [7] *Katedra Specjalistycznej Opieki Położniczej, Katedra Rozwoju Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska*

[8] *Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska*

[9] *1st Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska*

Poniższe wytyczne przedstawiają aktualne standardy postępowania lekarzy położników i ginekologów w przypadku dziewcząt i kobiet, które padły ofiarą przemocy seksualnej. W uzasadnionych przypadkach standardy te mogą zostać zmodyfikowane po dokładnej ocenie danej sytuacji klinicznej.

Postępy w naukach medycznych i prawnych mogą z czasem stanowić podstawę do zmiany i aktualizacji niniejszych wytycznych [1–3]. Podstawowym obowiązkiem lekarza jest zapewnienie opieki medycznej i skupienie się wyłącznie na tym zadaniu, chociaż niektóre procedury medyczne muszą być wykonywane z uwzględnieniem wymogów bieżących lub przyszłych postępowań prawnych. Następnie lekarz ma obowiązek ocenić, czy istnieje prawny lub społeczny obowiązek zgłoszenia podejrzenia popełnienia przestępstwa, a tym samym, czy istnieją wystarczające podstawy do zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej
-pacjentem.

ROLA GINEKOLOGA-POŁOŻNIKA W OPIECE NAD DZIEWCZYNKAMI I KOBIETAMI, KTÓRE DOŚWIADCZYŁY PRZEMOCY SEKSUALNEJ

Lekarz zapewniający opiekę osobie, która padła ofiarą przemocy seksualnej, ma obowiązek:

1. Rozpoznawanie i stabilizacja przypadków zagrażających życiu 1033
2. Określenie, czy należy zaoferować pomoc innym pacjentom pozostającym obecnie pod ich opieką 1033
3. Zebrać i udokumentować historię medyczną 1033
   - 3.1. Historia medyczna — informacje dotyczące zdarzeń położniczych i ginekologicznych i ogólnym stanie zdrowia 1033
   - 3.2. Historia medyczna — informacje związane z przebiegiem zdarzenia (jeśli można je uzyskać) 1034
4. Przeprowadzenie i udokumentowanie badań fizykalnych . . 1034
   - 4.1. Ogólne badanie fizykalne 1034
   - 4.2. Badanie ginekologiczne 1034
     - 4.2.1. Pozycja pacjentki podczas badania ginekologicznego 1034
     - 4.2.2. Ocena narządów płciowych, odbyt i krocze 1036
5. Przeprowadzenie dodatkowych badań 1036
6. Wykonanie dokumentacji fotograficznej 1036
7. Zabezpieczyć dowody kryminalistyczne 1036
   - 7.1. Procedura zabezpieczania próbek (wymazów) 1037
   - 7.2. Kolejność pobierania próbek i upoważnionego personelu 1038
8. Przeprowadzenie badań bakteriologicznych [posiewy, reakcja łańcuchowa polimerazy (PCR)] 1039

Autor korespondencyjny:
Agnieszka Drosdzol-Cop
Katedra i Zakład Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska e-mail: cor111@poczta.onet.pl

Otrzymano: 28.11.2025 Zaakceptowano: 28.11.2025 Wczesna data publikacji: 3.12.2025
Artykuł ten jest dostępny w trybie otwartego dostępu na licencji Creative Commons Attribution-Non-Commercial-No Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0), która zezwala na pobieranie artykułów i udostępnianie ich innym osobom pod warunkiem podania autora i wydawcy, ale bez prawa do wprowadzania jakichkolwiek zmian lub wykorzystywania ich w celach komercyjnych.

9. Zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą płciową 1039
9.1. Empiryczna terapia przeciwbakteryjna 1039
9.2. Testy serologiczne i profilaktyka poekspozycyjna (kiła, HBV, HCV, HAV, HIV, HPV) 1040
9.3. Empiryczna profilaktyka poekspozycyjna HIV poekspozycyjna 1040
10. Porady dotyczące zapobiegania ciąży 1041
11. Ustal harmonogram wizyt kontrolnych 1041
12. Zapewnienie wsparcia psychologicznego 1041
13. Powiadom odpowiednie władze o podejrzeniu popełnienia przestępstwa 1041
13.1. Obowiązek prawny 1042
13.2. Obowiązek społeczny 1042

W przypadku, gdy ofiarą przemocy seksualnej była **kobieta**, badanie powinno zostać przeprowadzone przez ginekologa-położnika, najlepiej kobietę. Jeśli nie ma dostępnej lekarki, należy najpierw uzyskać pisemną zgodę na przeprowadzenie badania przez lekarza płci męskiej.

Jeśli podejrzewa się, że napaść miała miejsce na **dziewczynkę**, badanie powinno być przeprowadzone przez ginekologa-położnika – w miarę możliwości we współpracy z ginekologiem dziecięcym – najlepiej kobietę w obu przypadkach. Jeśli nie ma dostępnej lekarki, należy najpierw uzyskać pisemną zgodę na przeprowadzenie badania przez lekarza płci męskiej.

Należy uzyskać pisemną świadomą zgodę wszystkich zainteresowanych stron na wszystkie badania i procedury medyczne, a pacjentka powinna zostać wyraźnie poinformowana, że ma prawo odmówić wykonania dowolnej lub wszystkich części badania. W przypadku odmowy należy uzyskać podpis potwierdzający brak zgody na badanie od wszystkich zainteresowanych stron.

1. IDENTYFIKACJA I STABILIZACJA PRZYPADKÓW ZAGRAŻAJĄCYCH ŻYCIU

Osoby, co do których istnieje podejrzenie, że padły ofiarą przemocy seksualnej, powinny zostać niezwłocznie przyjęte na oddział ratunkowy. Po wstępnej ocenie funkcji życiowych i wykluczeniu urazów, które mogłyby stanowić zagrożenie dla ich zdrowia lub życia, należy je przenieść do prywatnej sali, aby zapewnić im prywatność i poufność. W zależności od zakresu urazów może być konieczna wielodyscyplinarna opieka medyczna.

2. NALEŻY USTALIĆ, CZY POMOC POWINNA BYĆ UDZIELONA INNYM PACJENTOM OBECNIE POZOSTAJĄCYM POD ICH OPIEKĄ

Lekarz musi ustalić, czy należy udzielić pomocy innym pacjentom obecnie pozostającym pod ich opieką, zgodnie z aktualną wiedzą i standardami.

3. ZEBRZANIE I DOKUMENTOWANIE HISTORII MEDYCZNEJ

Poniższy schemat gromadzenia i dokumentowania historii medycznej można modyfikować w celu dostosowania go do indywidualnych potrzeb osoby, która padła ofiarą przemocy seksualnej.

Każdy członek personelu medycznego zaangażowany w świadczenie usług opieki zdrowotnej powinien przedstawić się i wyjaśnić swoją rolę w procesie opieki, używając jasnego i zwięzłego języka.

Historia medyczna powinna obejmować wcześniejsze zdarzenia położniczo-ginekologiczne, ogólny stan zdrowia, a także okoliczności zdarzenia związanego z przemocą seksualną.

Nie należy wywierać presji na pacjentkę, aby opowiadała o napaści wbrew swojej woli. Jeśli pacjentka wyraźnie chce opowiedzieć o swoim doświadczeniu, należy jej uważnie słuchać — o ile pozwala na to jej stan zdrowia. **Nie należy wyrażać osądów**. Celem rozmowy jest określenie zakresu badania fizykalnego, dodatkowych badań diagnostycznych oraz konieczności zebrania dowodów biologicznych. Dane dotyczące historii medycznej uzyskane podczas rozmowy mogą stanowić część materiału dowodowego.

Historia medyczna:

- dane pacjenta (imię, nazwisko, data urodzenia, rodzaj i numer dokumentu tożsamości); w przypadku osób niepełnoletnich — dodatkowo informacje o osobie towarzyszącej obecnego podczas badania;
- data, godzina i miejsce badania;
- imię (imiona) i nazwisko (nazwiska) osoby (osób) przeprowadzającej badania.

3.1. Historia medyczna — informacje dotyczące zdarzeń położniczo-ginekologicznych i ogólnym stanie zdrowia:

- data ostatniej miesiączki;
- ciąża i liczba poronień;
- porody (cesarskie cięcia i/lub porody drogami natury);
- data ostatniego stosunku płciowego poprzedzającego zdarzenie krytyczne zdarzenia;
- charakter ostatniego stosunku płciowego poprzedzającego zdarzenie (informacje o czynnościach masturbacyjnych związanych z wprowadzeniem *np.* wibratorów lub palców do pochwy powinny zostać uwzględnione);
- wcześniejsze schorzenia układu moczowo-płciowego i okolicy odbytu przed zdarzeniem, *np.* infekcje przenoszone drogą płciową (STI), nawracające infekcje dróg moczowych, przewlekłe zaparcia, szczeliny odbytu;
- przebyte operacje, w tym operacje brzucha i miednicy;
- antykoncepcja, w tym zastosowana w dniu zdarzenia;
- inne współistniejące schorzenia.

3.2. Historia medyczna — informacje związane z przebiegiem zdarzenia (jeśli można je uzyskać):

- czy kobieta straciła przytomność lub świadomość przed lub w trakcie zdarzenia (czy pacjentka jest jest w stanie przypomnieć sobie i opisać całe zdarzenie);
- data i godzina zdarzenia;
- miejsce zdarzenia;
- liczba sprawców;
- dane identyfikacyjne sprawcy (sprawców);
- opis zdarzenia:
  - rodzaj czynności (czynność seksualna z udziałem narządów płciowych, odbytu, ust lub inna czynność seksualna);
  - czy sprawca doszedł do ejakulacji (która część ciała kobiety była zaangażowana);
  - czy użyto prezerwatywy;
  - czy sprawca miał kontakt z innymi obszarami ciała kobiety, na których mogły pozostać ślady biologiczne (które obszary — piersi?, szyja?, inne? — proszę określić);
  - czy sprawca użył:
    - siły fizycznej (*np.* unieruchomił ofiarę);
    - przedmioty (*np.* wprowadził do dróg rodnych, broni);
    - substancji psychoaktywnych, alkoholu lub innych środków;
  - czy kobieta broniła się (*np.* podrapała sprawcę);
  - częstotliwość przemocy seksualnej (szczególnie w przypadku nieletnich);
- zachowanie kobiety po zdarzeniu:
  - czy zmieniła bieliznę/odzież;
  - czy umyła się/obmyła okolice intymne;
  - czy oddała mocz;
- objawy po zdarzeniu ze strony układu moczowo-płciowego lub odbytniczym (*np.* krwawienie, trudności w oddawaniu moczu lub wypróżniania);
- inne dolegliwości.

4. PRZEPROWADZANIE I DOKUMENTOWANIE BADAŃ FIZYKALNYCH

Poniższy schemat przeprowadzania i dokumentowania badania fizycznego można modyfikować w celu dostosowania go do indywidualnych potrzeb osoby, która padła ofiarą przemocy seksualnej.

Przed każdym kontaktem fizycznym należy zawsze **wyraźnie poprosić o zgodę** (przemoc seksualna z definicji wiąże się z naruszeniem autonomii i kontroli nad ciałem, dlatego niezbędne jest przywrócenie zgody).

Przed rozpoczęciem jakiejkolwiek procedury **należy udzielić jasnych i zrozumiałych informacji dotyczących jej celu, przebiegu** i potencjalnych wyników.

Zaleca się przeprowadzenie badania w obecności osoby towarzyszącej (innego lekarza, położnej lub pielęgniarki), po uzyskaniu zgody pacjenta oraz w warunkach zapewniających komfort i prywatność.

Badanie powinno zostać przeprowadzone **jak najszybciej po zdarzeniu.**

Cele badania obejmują zarządzanie i dokumentowanie trwałych obrażeń, a także pobieranie próbek do analizy kryminalistycznej. Dzięki profilowaniu DNA wykrywanie obrażeń i pobieranie odpowiednich wymazów znacznie zwiększa prawdopodobieństwo potwierdzenia tożsamości sprawcy.

4.1. Ogólne badanie fizykalne

Ogólne badanie fizykalne obejmuje:

- ocenę ogólnego stanu zdrowia;
- ocenę stanu psychicznego;
- ogólne badanie ciała, z identyfikacją i dokumentację obrażeń związanych z przemocą fizyczną wyrządzoną dziewczynie/kobiecie, w miarę możliwości w obecności specjalisty medycyny sądowej, w szczególności obrażeń wynikających z:
  - *prób uciszenia kobiety*: okolice ust i nosa, *np.* krwotok do błony śluzowej przedsionka jamy ustnej);
  - *ssanie lub gryzienie*: *np.* siniaki (tzw. „malinki") — ślady ssania *np.* skóry na piersiach; ślady ugryzień — otarcia i siniaki tworzące półkoliste lub łukowate wzory odpowiadające zębom sprawcy, *np.* na ramionach;
  - *pokonywanie oporu, na przykład*:
    - urazy na wewnętrznej stronie ud (*np.* siniaki, otarcia lub zadrapania);
    - urazy na ramionach/przedramionach, *np.* grupy małych (1–2 cm), okrągłych lub dyskowatych siniaków, prawdopodobnie spowodowane przez opuszki palców sprawcy;
    - badanie paznokci — działania obronne mogą skutkować złamaniem lub uszkodzeniem paznokci.

4.2. Badanie ginekologiczne

Badanie ginekologiczne narządów płciowych stanowi ostatni etap badania fizykalnego, pod warunkiem, że nie stwierdzono żadnych urazów w tym obszarze wymagających natychmiastowej interwencji. Należy użyć wziernika ginekologicznego o rozmiarze odpowiednim do wieku pacjentki i jej aktywności seksualnej (rozmiary XXS, XS, S, M, L lub wziernik dwuskrzydłowy dla dzieci). Wszystkie stwierdzone urazy narządów płciowych należy dokładnie udokumentować, podając lokalizację anatomiczną, długość, szerokość i głębokość, kierunek, cechy gojenia, uzupełniając je wizualną reprezentacją urazów w formie rysunków (protokół badania przemocy seksualnej) oraz, jeśli to możliwe, dokumentacją fotograficzną.

4.2.1. Pozycja pacjentki podczas badania ginekologicznego

Dziewczynki przed okresem dojrzewania: badanie należy przeprowadzić w pozycji najbardziej komfortowej dla dziecka, umożliwiającej



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



Ryc. 2. Badanie ginekologiczne dziewczynki w pozycji żabiej na fotelu ginekologicznym, na kolanach opiekuna (zdjęcie własne)

jednoczesnego pobrania materiału biologicznego. Badanie można przeprowadzić:

1) w pozycji *żabiej* na fotelu lub łóżku do badań (rys. 1) lub na kolanach opiekuna (rys. 2) (pozycja na plecach, z ugiętymi i odwiedzionymi kolanami, stopami złączonymi; badający **powinien poprosić** dziewczynkę, aby umieściła ręce pod pośladkami — co znacznie ułatwia ocenę błony dziewiczej);
2) w pozycji *litotomijnej* na fotelu do badań (rys. 3) lub na kolanach opiekuna (rys. 4) (pozycja litotomijna ułatwia oględziny sromu, przedsionka pochwy, błony dziewiczej, krocza i odbytu);
3) w pozycji *kolanowo-łokciowej* (rys. 5) (pozwala na rozluźnienie mięśni miednicy i zapewnia lepszą widoczność przedsionka pochwy oraz ocenę błony dziewiczej).

Dziewczęta po okresie dojrzewania: w tej grupie wiekowej błona dziewicza staje się bardziej elastyczna, co czasami pozwala na przeprowadzenie badania wewnętrznego w pozycji litotomijnej przy użyciu wziernika o odpowiednim rozmiarze (*np.* pediatrycznego wziernika dwuskrzydłowego).

Kobiety dorosłe: zaleca się badanie dorosłych kobiet w pozycji litotomijnej na fotelu ginekologicznym



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



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



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

fotel — niezależnie od tego, czy kobieta jest aktywna seksualnie, czy nie (pozycja ta umożliwia optymalną wizualizację sromu, przedsionka pochwy, błony dziewiczej, krocza i odbytu; ułatwia również pobranie materiału biologicznego i pozwala na badanie wewnętrzne za pomocą wziernika o odpowiednim rozmiarze

(XXS, XS, S, M, L lub dwuskrzydłowe wzierniki pediatryczne dla kobiet, które nie są jeszcze aktywne seksualnie).

4.2.2. Ocena narządów płciowych, odbytu i krocza

Opisz wyniki w następującej kolejności:

- **wargi sromowe** (otarcia, rany szarpane lub wyciek krwi na powierzchnia przyśrodkowa warg sromowych większych, warg sromowych mniejszych i tylnej spiętrzki jest powszechna u dziewcząt i
kobietach, które doświadczyły przemocy seksualnej).
- **przedsionek pochwy** (w przypadku stosunku przedsionkowego bez uszkodzenia błony dziewiczej zmiany mogą mieć postać krwotoki śluzówkowe w przedsionku);
- **błona dziewicza:**
  - — po uwidocznieniu błony dziewiczej (co często wymaga jej napięcia poprzez delikatne pociągnięcie warg sromowych w bok i do tyłu lub napięcie brzegu błony dziewiczej, *np.* za pomocą sterylnego wacika lub nadmuchanego balonu cewnika Foleya) oraz opisaniu jej anatomii (*np.* pierścieniowa, półksiężycowata, frędzlowa, sitowa lub przegrodowa), udokumentować zmiany pourazowe zgodnie z pozycjami na tarczy zegara; wskazać, czy rozdarcia sięgają podstawy i obejmują całą szerokość i grubość błony dziewiczej, czy też stanowią częściowe pęknięcia brzeżne (przydatna nomenklatura: błona dziewicza pierścieniowa; nacięcia błony dziewiczej; brzegi frędzlowe lub nieregularne);
  - — w przypadkach defloracji zazwyczaj obserwuje się 1–2 promieniowe rozdarcia w pozycji około godziny 7 lub 8, sięgające podstawy; świeżym urazom towarzyszą krwiaki i krwawienie;
  - — jeśli wykryto gojące się rany błony dziewiczej, należy opisać ich lokalizację i stadium gojenia (u dziewcząt
    blizny na błonie dziewiczej mogą być widoczne);
- **pochwa** (w tym opis wyglądu
ściany pochwy i sklepienia, *np.* wydzielina — określić jej kolor, konsystencję i zapach, obecność ciał obcych);
- **szyjka macicy** (podaj opis makroskopowy, w tym charakterystykę wydzieliny z szyjki macicy);
- **krocza** (opisać wszelkie obecne urazy lub zmiany chorobowe);
- **odbyt** (przeprowadzić to badanie, jeśli doszło do stosunku
analnego
podejrzane; udokumentować stan skóry okołoodbytowej; opisać wszelkie urazy, stosując metodę zegarową
w celu wskazania ich położenia);
- **cewka moczowa**: (u dziewcząt często obserwuje się otarcia wokół
dołu łódkowatego
cewki moczowej są często obserwowane u dziewcząt).

5. PRZEPROWADZIĆ DODATKOWE BADANIA WYSTĄPIENIA KRZEPNIĘCIA ( )

Można rozważyć wykonanie dodatkowego badania ultrasonograficznego (za pomocą sondy przezpochwowej lub przezbrzusznej) w celu oceny narządów miednicy, wykluczenia wczesnej ciąży lub wykrycia obecności krwi w otrzewnej.

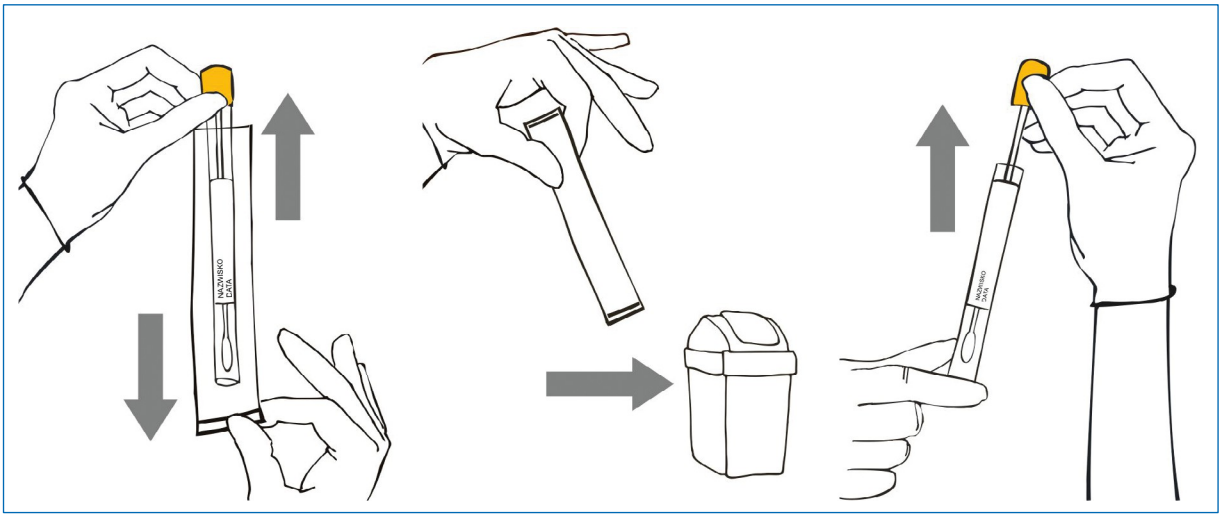
6. PRZEPROWADZIĆ FOTOGRAFICZNĄ DOKUMENTACJĘ PRZEBIEGU

Po uzyskaniu świadomej zgody i jasnym wyjaśnieniu celu procedury zaleca się wykonanie dokumentacji fotograficznej wszelkich stwierdzonych obrażeń przy użyciu aparatu fotograficznego pacjenta. W przypadku obrażeń, które mogą ulec zmianie lub zniekształceniu w wyniku interwencji medycznej, dokumentację fotograficzną należy wykonać przed rozpoczęciem leczenia lub oczyszczania. Wydrukowaną kopię dokumentacji fotograficznej należy dołączyć do dokumentacji medycznej (do ewentualnego wykorzystania w postępowaniu sądowym lub dowodowym).

7. BEZPIECZNE ŚWIADECTWO KRYMINALISTYCZNE

Pacjentka, która padła ofiarą przemocy seksualnej, może zgłosić się na badanie lekarskie z własnej inicjatywy lub na podstawie nakazu przeprowadzenia badania i wydania opinii biegłego wydanego przez organ proceduralny. W pierwszym przypadku lekarz przeprowadza badanie i – pod warunkiem uzyskania świadomej zgody pacjentki
— przystępuje do zabezpieczenia dowodów kryminalistycznych. W tym ostatnim przypadku organem proceduralnym, który wydał takie polecenie, może być prokuratura, policja lub sąd. Lekarz również przeprowadza badanie i po uzyskaniu zgody pacjenta zabezpiecza dowody medyczno-sądowe we współpracy z technikiem medyczno-sądowym, który zapewnia standardowy zestaw do pobierania dowodów medyczno-sądowych. W praktyce medycznej może się zdarzyć, że pacjent zgłasza się na badanie w towarzystwie funkcjonariuszy policji, którzy jednak nie posiadają odpowiedniego nakazu proceduralnego upoważniającego do przeprowadzenia badania i wydania opinii. Obecnie taka sytuacja nie jest jednoznacznie uregulowana w przepisach prawa. Do czasu ustanowienia takich przepisów zaleca się, aby lekarz przeprowadził badanie, dołączył *do protokołu z badania osoby, która padła ofiarą przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i moralności*, adnotację o braku nakazu proceduralnego, a jednocześnie poinformować towarzyszących funkcjonariuszy policji o konieczności niezwłocznego uzyskania i dostarczenia nakazu wydanego zgodnie z przepisami kodeksu postępowania karnego (k.p.k.), który może następnie zatwierdzić działanie i zapewnić pokrycie jego kosztów przez Ministerstwo Sprawiedliwości.

Substancje organiczne znalezione na miejscu przestępstwa, a także na przedmiotach lub ciałach osób związanych z przestępstwem, nazywane są śladami biologicznymi. Standardowe zasady zabezpieczania śladów biologicznych do analizy kryminalistycznej obejmują między innymi dokładny opis śladu, ochronę przed zanieczyszczeniem i odpowiednie przechowywanie. Należy zawsze zakładać, że każdy zabezpieczony ślad może stać się kluczowym dowodem w sprawie.



Rysunek 6. Przygotowanie wymazówki do pobrania „suchej" próbki

Podczas badania lekarskiego ujawniane i zabezpieczane są ślady kryminalistyczne, w tym materiał biologiczny znaleziony na ciele ofiary, który mógł pochodzić od sprawcy (np. krew, nasienie, ślina, włosy, pot, mocz lub kał). Należy również zabezpieczyć przedmioty ruchome, które mogą zawierać takie ślady (w tym odzież, bieliznę, podpaski higieniczne i wkładki higieniczne).

Ze względu na ryzyko zanieczyszczenia ślady pochodzące zarówno od ofiary, jak i podejrzanego sprawcy lub od więcej niż jednej ofiary lub więcej niż jednego podejrzanego zaangażowanego w ten sam incydent nie powinny być nigdy zabezpieczane przez tę samą osobę.

Osoba pobierająca próbki powinna nosić odzież ochronną, maskę na twarz i sterylne rękawiczki.

Zawsze zaleca się pobranie podwójnej próbki, *tj.* zabezpieczenie dwóch próbek z tego samego śladu: jednej „suchej" i jednej „mokrej". Jeśli przed pobraniem próbki obszar ciała był wilgotny, oba wymazy powinny być „suche". Jeśli przed pobraniem próbki obszar ciała był suchy, oba wymazy powinny być „mokre". Próbki muszą być odpowiednio oznaczone, aby wskazać kolejność, w jakiej zostały pobrane. Pobrany materiał służy do profilowania DNA.

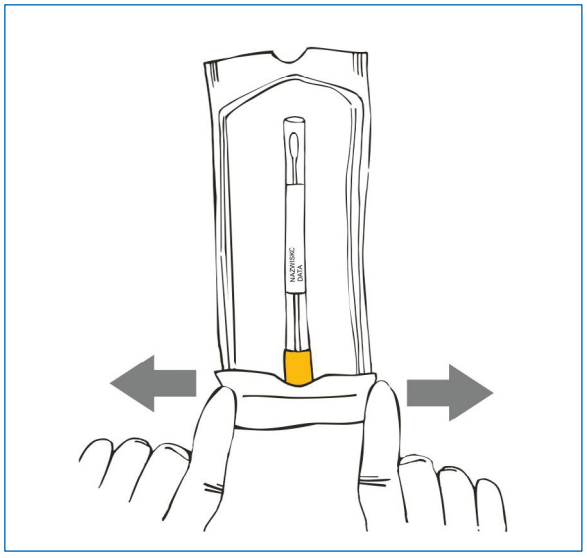
7.1. Procedura pobierania próbek (wymazy)

Procedura zabezpieczania próbek (wymazów) powinna przebiegać zgodnie z poniższymi krokami.

1. Przygotować zapakowane sterylne wymazówki umieszczone w otwartych probówkach (rys. 6).
2. Przygotować ampułkę ze sterylną wodą dejonizowaną.
3. Przygotuj zestaw papierowo-foliowych torebek na dowody.
4. Oznacz woreczek, podając nazwisko osoby, od której pobrano materiał, oraz miejsce pobrania.
5. Wyjmij wymazówkę wraz z tubką z opakowania, wyrzuć opakowanie, a następnie wyjmij wymazówkę z tubki, trzymając ją za nasadkę (rys. 6).
6. Jeśli konieczne jest zwilżenie wymazówki (**„próbka mokra"**), należy ostrożnie nanieść 1–2 krople sterylnej wody dejonizowanej na główkę wymazówki, tak aby nie zwilżyć nadmiernie wymazówki przeznaczonej do pobrania próbki (cała ilość wody powinna zostać wchłonięta przez końcówkę wymazówki, tak aby była wilgotna, ale nie ociekała; nadmiar wody należy delikatnie strząsnąć, nie dopuszczając do kontaktu z żadną powierzchnią).
7. Trzymając wymazówkę za nasadkę, pobrać próbkę (materiał biologiczny). Aby równomiernie rozprowadzić pobrany materiał na końcówce wymazówki, wykonać delikatne ruchy obrotowe (obracać główkę wymazówki), wywierając niewielki nacisk (aby zminimalizować ilość DNA ofiary pochodzącego z naskórka/nabłonka ofiary).
8. Umieść wymazówkę z pobranym materiałem w probówce, a następnie umieść probówkę w przygotowanej wcześniej torbie na dowody (rys. 7).
9. Weź drugi wacik i powtórz kroki od 1 do 8.
10. Zamknąć worek na dowody zawierający oba wymazy.

Fakt, że sprawca mógł używać prezerwatywy lub że osoba, która padła ofiarą przemocy seksualnej, umyła się przed badaniem, nie stanowi przeciwwskazania do pobrania próbki; może jedynie wyjaśniać ewentualny negatywny wynik testu DNA.

Nie wszystkie wymienione poniżej próbki muszą/mogą być zabezpieczone w każdym przypadku. Zakres zbierania dowodów powinien



Rysunek 7. Po umieszczeniu wymazu w probówce należy ją natychmiast zamknąć w przygotowanej wcześniej torbie na dowody

odpowiadać wynikom wywiadu medycznego i badania fizykalnego, a także zgodzie pacjenta.

7.2. Kolejność pobierania próbek i upoważniony personel

Zalecana kolejność pobierania próbek i personel uprawniony do wykonywania tej procedury:

1. **Próbki skóry** pobrane z obszarów, które są istotne ze względu na potencjalny kontakt skóry ze skórą lub płynami ustrojowymi (*np.* dłonie, nadgarstki, szyja, czoło, piersi, pępek, wzgórze łonowe, wewnętrzna strona ud, fałdy pachwinowe, pośladki) — zazwyczaj do 48 godzin lub do 7 dni, jeśli obszar ciała nie był myty; pobrane przez **technika medycyny sądowej lub innego odpowiednio przeszkolonego członka personelu medycznego;** wymazy z okolic intymnych powinny być pobierane przez lekarza lub innego przeszkolonego pracownika służby zdrowia; dwa wymazy z każdego wybranego miejsca.
2. **Materiał spod paznokci** — pobrany przez **technika medycyny sądowej lub innego przeszkolonego członka personelu medycznego** przy użyciu 5 jednorazowych skrobaczek, oddzielnie z każdego paznokcia; 5 skrobaczek z prawej ręki należy zapakować w jedną papierowo-foliową torebkę oznaczoną literą „R"; 5 skrobaczek z lewej ręki należy zapakować w inną torebkę oznaczoną literą „L".
3. **Wymazy z czerwieni wargowej i przylegającej skóry** — pobrane przez **technika medycyny sądowej lub innego przeszkolonego członka personelu medycznego** (2 wymazy).
4. **Wymazy z jamy ustnej** — pobrane przez **technika medycyny sądowej lub innego przeszkolonego członka personelu medycznego** (2 wymazy).
5. **Wymazy z żeńskich narządów płciowych** — pobrane przez **lekarza lub innego wykwalifikowanego członka personelu medycznego:**
   a) pierwsza próbka z **warg** sromowych **większych i mniejszych oraz krocza** (2 wymazy);
   b) **dr**uga próbka z **dolnej** jednej **trzeciej pochwy** (2 wymazy);
   c) **trz**ecia próbka z **górnych dwóch trzecich pochwy** i **sklepienia pochwy** (2 wymazy);
   d) Jeśli od zdarzenia minęły więcej niż 3 dni, opcjonalnie czwarta próbka z **kanału szyjki macicy**, o ile warunki anatomiczne pozwalają na pobranie (2 wymazy). Pobranie próbek odbywa się przy użyciu jednorazowego wziernika o odpowiednim rozmiarze; dozwolone jest stosowanie żelu nawilżającego.

   Zaleca się pobranie materiału w następujących przypadkach:

- **stosunku pochwowego w ciągu maksymalnie 7 dni** (168 godzin) przed badaniem (nawet jeśli rzekomo użyto prezerwatywy), a z **kanału szyjki macicy nawet do 9 dni**;
- **penetracji cywilnej w ciągu maksymalnie 2 dni** (48 godzin) przed badaniem;
- **kontakt między zewnętrznymi narządami płciowymi a skórą sprawcy** w ciągu **maksymalnie 2 dni** (48 godzin) przed badaniem.

U dziewcząt (przed okresem dojrzewania) wymazy z pochwy pobiera się w ciągu maksymalnie 3 dni (72 godzin) po stosunku pochwowym; jeśli nie można użyć wziernika, należy pobrać dwa „ślepe" wymazy z pochwy i odpowiednio je oznaczyć.

6. **Próbki z okolicy odbytu** — pobierane przez **lekarza lub innego przeszkolonego członka personelu medycznego**:
   a) pierwsza próbka z **okolicy okołoodbytowej**, krocza i szczeliny pośladkowej (2 wymazy);
   b) druga próbka z **kanału odbytu** (2 wymazy).

   Zaleca się pobranie materiału w następujących przypadkach:

- **stosunku analnego w ciągu maksymalnie 3 dni** (72 godzin) przed badania (nawet jeśli rzekomo użyto prezerwatywy);
- wytrysk na **zewnętrzne narządy płciowe, krocze lub okolice odbytu**

  w ciągu maksymalnie 7 dni (168 godzin) przed badaniem.

7. **Użycie grzebienia i pęsety:**
   — **Rozczesz włosy łonowe**, aby zebrać luźne włosy (w tym ewentualne włosy obce). Umieść zebrany materiał wraz z grzebieniem w papierowej torebce. **Rozczesz włosy na głowie** drugim grzebieniem, aby zebrać luźne włosy (w tym ewentualne włosy obce) i umieść zebrany materiał wraz z grzebieniem w innej kopercie. W przypadku włosów splątanych lub „sklejonych" zaleca się jednoczesne pobranie dwóch „mokrych" wymazów z tego obszaru.
   — Za pomocą pęsety zabezpiecz **inne ślady kryminalistyczne**, takie jak cząsteczki szkła lub włókna *itp.*, i umieść je w osobnej kopercie.
   — Pobieranie próbek przeprowadza **technik medycyny sądowej lub inny przeszkolony członek personelu medycznego**; jeśli materiał pochodzi z okolic intymnych

— **lekarz lub inny przeszkolony członek personelu medycznego**.

8. **Odzież, bielizna, produkty higieny osobistej** (*np*. podpaski higieniczne, wkładki higieniczne), **prezerwatywy** *itp.* należy zabezpieczyć w oddzielnych opakowaniach, aby zapobiec przenoszeniu DNA między miejscami. Mokra odzież po zapakowaniu powinna zostać niezwłocznie dostarczona do placówki wyposażonej w urządzenia do suszenia; po wyschnięciu należy ją ponownie zapakować i oznaczyć zgodnie ze standardowymi procedurami — **technik kryminalistyczny lub inny przeszkolony członek personelu medycznego.** Zaleca się opracowanie wewnętrznego protokołu dotyczącego suszenia mokrej odzieży i jej pakowania po wyschnięciu (patrz załącznik 1).
9. **Próbki toksykologiczne:**
   Jeśli istnieje podejrzenie, że pacjent był pod wpływem substancji psychoaktywnych w momencie zdarzenia, należy pobrać próbki krwi i moczu do **analizy toksykologicznej**. Wykrycie takich substancji we krwi lub moczu jest możliwe tylko w stosunkowo krótkim czasie po ekspozycji:
   a) **krew — lekarz lub inny przeszkolony członek personelu medycznego;**
   b) **mocz — pacjentka pobiera próbkę samodzielnie**.

Dokumentacja dowodów kryminalistycznych musi zawierać szczegółowe informacje na temat wszystkich pobranych materiałów, w tym:

- liczbę wymazów i miejsca anatomiczne pobrania;
- miejsca pobrania próbek włosów oraz metodę pobrania (czesanie lub pobieranie wymazów);
- informacje dotyczące pobranych próbek toksykologicznych (krew, mocz).

Dokument musi być podpisany przez lekarza przeprowadzającego badanie, osobę zabezpieczającą dowody oraz osobę, od której pobrano dowody (a w przypadku osoby małoletniej – również przez przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego) [4–9].

8. PRZEPROWADZENIE BADAŃ BAKTERIOLOGICZNYCH [HODOWLE, REAKCJA ŁAŃCUCHOWA POLIMERAZY (PCR)]

Ryzyko zakażenia przenoszonego drogą płciową (STI) po wymuszonym kontakcie seksualnym, a także wśród kobiet aktywnych seksualnie, wynosi około 14,4%, natomiast wśród dziewcząt przed okresem dojrzewania, które nie miały wcześniej kontaktów seksualnych, odsetek ten wynosi około 4,3%. **Rzęsistkowica** (czynnik etiologiczny: *Trichomonas vaginalis*), **bakteryjne zapalenie pochwy** (czynniki etiologiczne: głównie *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Prevotella* spp., *Mycoplasma hominis*), **rzeżączka** (czynnik etiologiczny: *Neisseria gonorrhoeae*) i **zakażenie chlamydiami** (czynnik etiologiczny: *Chlamydia trachomatis*) należą do najczęściej diagnozowanych zakażeń u kobiet, które padły ofiarą przemocy seksualnej [10–12]. Dlatego zaleca się, aby takie pacjentki poddały się standardowemu **pobraniu próbek bakteriologicznych** z kanału szyjki macicy (w przypadku dziewcząt/kobiet aktywnych seksualnie) lub z pochwy (w przypadku kobiet nieaktywnych seksualnie). Próbki te pozwalają na identyfikację tlenowych patogenów i grzybów.

W świetle obecnych standardów diagnostycznych, poprawiających zarówno czułość, jak i czas oczekiwania na wyniki, zaleca się ponadto wykonanie testu amplifikacji kwasu nukleinowego (NAAT), najczęściej za pomocą reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR), ukierunkowanego na najczęściej występujące infekcje przenoszone drogą płciową, w ramach **panelu diagnostycznego układu moczowo-płciowego**. Badanie to powinno obejmować co najmniej NAAT dla *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* z odpowiednich miejsc narażenia (*np*. wymazy z pochwy/cewki moczowej, próbka moczu, wymaz z odbytu lub wymaz z gardła) [13].

Pacjent musi zostać poinformowany o konieczności powrotu do placówki, w której pobrano próbki, w celu odebrania wyników badań. Jeśli wyniki badań bakteriologicznych są pozytywne, należy rozpocząć leczenie zgodnie z antybiogramem.

9. ZAPOBIEGAJ INFEKCJOM PRZENOSZONYM DROGĄ PŁCIOWĄ

9.1. Empiryczna terapia przeciwbakteryjna

Zgodnie z zaleceniami Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC), Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów (ACOG), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2024) oraz Polskiego Towarzystwa AIDS (2025) zaleca się **empiryczną terapię antybiotykową** dla każdej dziewczyny/kobiety, która padła ofiarą przemocy seksualnej [6,10–14], w następujący sposób:

- ceftriakson 500 mg, domięśniowo, w pojedynczej dawce (w przypadku pacjentów o masie ciała powyżej 150 kg należy podać 1 g domięśniowo). Alternatywnie, w przypadku nadwrażliwości lub przeciwwskazań do stosowania ceftriaksonu: cefiksym 800 mg
  doustnie, w pojedynczej dawce;
- doksycyklina 100 mg, doustnie, dwa razy dziennie przez 7 dni — rec- Zalecany dla dziewcząt powyżej 8 roku życia; u młodszych pacjentów należy go zastąpić azytromycyną — dawka dostosowana do wieku i masy ciała (tab. 1). Alternatywnie, w przypadku nadwrażliwości lub przeciwwskazań do stosowania doksycykliny
  : azytromycyna 1 g doustnie w pojedynczej dawce;
- metronidazol 500 mg doustnie dwa razy dziennie przez 7 dni.

  Alternatywnie
  Alternatywnie, w przypadku nadwrażliwości lub przeciwwskazań do stosowania doksycykliny
  : tinidazol 2 g doustnie w pojedynczej dawce;
- u dziewcząt w wieku pediatrycznym dawkę należy dostosować do ich wieku i masy ciała (tab. 1) [13].

Tabela 1. Profilaktyka bakteryjnych infekcji przenoszonych drogą płciową — dawkowanie dla dziewcząt w wieku do 18 lat [13]

Leczenie	Dziewczęta poniżej 12 roku życia	Dziewczęta powyżej 12 roku życia
Ceftriakson, domięśniowo, pojedyncza dawka (*N. gonorrhoeae*) plus Doksycyklina, doustnie, przez 7 dni (*Ch. trachomatis)*	25–50 mg/kg masy ciała (maks. 250 mg)	500 mg
	Dla dziewcząt powyżej 8 roku życia	100 mg co 12 godzin
Metronidazol, doustnie, przez 7 dni (*T. vaginalis)*	2,2 mg/kg masy ciała co 12 godzin (maks. 100 mg co 12 godzin) 15 mg/kg masy ciała co 8 godzin	500 mg co 12 godzin
Jako alternatywa dla ceftriaksonu: cefiksym, doustnie, pojedyncza dawka	8 mg/kg masy ciała	800 mg
Jako alternatywa dla doksycykliny: azytromycyna, doustnie, pojedyncza dawka	Dla dziewcząt > 45 kg i > 8 lat — 1 g pozostałe: 20 mg/kg masy ciała 50–60 mg/kg masy ciała	1 g
Jako alternatywa dla metronidazolu: tinidazol, doustnie, pojedyncza dawka		2 g

9.2. Badania serologiczne i profilaktyka poekspozycyjna (kiła, HBV, HCV, HAV, HIV, HPV)

Rutynowe badania serologiczne zalecane w ramach profilaktyki poekspozycyjnej po wymuszonym kontakcie seksualnym obejmują**: przeciwciała anty-HIV/p24, całkowite przeciwciała anty-HBc, antygen HBs, przeciwciała anty-HBs (u osób zaszczepionych przeciwko HBV), przeciwciała anty-HCV** oraz **badania serologiczne w kierunku kiły (USR/VDRL).** Pacjent musi zostać ponownie poinformowany o konieczności powrotu do placówki wykonującej badania w celu odebrania wyników [10–14].

Postępowanie po narażeniu pozazawodowym na HBV, HCV i HIV jest prowadzone w różnych poradniach HIV/AIDS, natomiast leczenie potwierdzonych zakażeń może odbywać się w poradniach chorób zakaźnych, wenerologicznych lub HIV/AIDS [13]. Jeśli wstępne wyniki badań są negatywne, ale nie można wykluczyć zakażenia u sprawcy, badania należy kontynuować zgodnie z harmonogramem określonym w wytycznych Polskiego Towarzystwa AIDS (tab. 2) [13].

Szczepienie poekspozycyjne przeciwko HBV jest zalecane dla każdej osoby, która padła ofiarą przemocy seksualnej ze strony nieznanego sprawcy, nie była szczepiona lub nie wytworzyła ochronnego miana przeciwciał anty-HBs (> 10 IU/L). **Jeśli pacjent nie był wcześniej szczepiony**, należy rozpocząć **pełną serię szczepień** zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego (ChPL) (**zazwyczaj 0–1–6 miesięcy**), natomiast **osobom z wykrywalnym mianem przeciwciał anty-HBs, ale < 10 IU/l**, **zaleca się podanie pojedynczej dawki przypominającej.** Dodatkowo, **immunoglobulina (Ig anty-HBs)** jest wskazana, jeśli sprawca jest **HBsAg(+)** lub gdy **osoba, która padła ofiarą przemocy seksualnej, została wcześniej zaszczepiona, ale odnotowano brak odpowiedzi na szczepionkę** [10–14]. Ofiarom przemocy seksualnej należy również zalecić **szczepienie** przeciwko **wirusowemu zapaleniu wątroby typu A,** zgodnie z Krajowym Programem Szczepień [13–14].

Dziewczęta/kobiety w wieku od 9 lat, które padły ofiarą przemocy seksualnej i nie zostały zaszczepione lub nie ukończyły pełnej serii szczepień, powinny otrzymać zalecenie, aby z własnej inicjatywy poddały się **szczepieniu przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)** [10–14].

9.3. Empiryczna profilaktyka poekspozycyjna HIV

Zaleca się również sprawdzenie kwalifikacji i wdrożenie **empirycznej profilaktyki poekspozycyjnej (PEP)** w przypadku **zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)**. W przypadku dobrowolnego kontaktu seksualnego szacowane ryzyko przeniesienia wirusa HIV jest następujące: stosunek pochwowy — 0,08%; stosunek analny — 1,38%; seks oralny — znacznie niższe niż w przypadku powyższych. Ogólnie rzecz biorąc, ryzyko zakażenia wirusem HIV w wyniku napaści seksualnej przez nieznanego sprawcę jest niskie, ale należy pamiętać, że zakażenie wirusem HIV pozostaje obecnie nieuleczalne. W przypadku zalecenia PEP należy wziąć pod uwagę wszystkie czynniki ryzyka zakażenia, w tym rodzaj narażenia i profil sprawcy. Ryzyko przeniesienia wirusa HIV wzrasta w przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych czynników:

- penetracja analna;
- krwawienie (sprawcy lub ofiary);
- napaść popełniona przez wielu sprawców;
- napaści mające miejsce w regionach o wysokiej częstości występowania HIV [10–14].

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Polskiego Towarzystwa AIDS, następujące osoby kwalifikują się do profilaktyki pozazawodowej, pod warunkiem wyrażenia świadomej zgody:

- po stosunku analnym lub pochwowym bez prezerwatywy (lub zawiedzeniu prezerwatywy), gdy sprawca jest nosicielem wirusa HIV lub jego status serologiczny pozostaje nieznany;
- po stosunku oralnym z wytryskiem, gdy sprawca jest nosicielem wirusa HIV (+) z wykrywalną wiremią;
- gdy użyto środków odurzających (w tym wspólnych sprzętu do iniekcji lub przygotowywania narkotyków zanieczyszczonego krwią), a sprawca jest nosicielem wirusa HIV (+) [13].

Najlepiej byłoby rozpocząć profilaktykę antyretrowirusową w ciągu 4 godzin od narażenia, ale nie później niż 48 godzin po narażeniu przezskórnym lub 72 godziny po narażeniu seksualnym wysokiego ryzyka. W praktyce zaleca się stosowanie schematu trzylekowego,

Tabela 2. Harmonogram wizyt kontrolnych i zalecanych badań w poradniach chorób zakaźnych, wenerologii i HIV/AIDS (zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa AIDS) — własna modyfikacja [13]

Badanie	Sprawca	„0"	2 tygodnie po PEP HIV	4–6 tygodni po ekspozycji	3 miesiące po ekspozycji	6 miesięcy 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]		
Badanie serologiczne w kierunku kiły	x	x		x		
Rzeżączka[1]	x	x		x[2]		
Chlamydia[1]	x	x		x		
Test ciążowy		x		x		
Kreatynina		x	x			
ALT, AST		x	x	x		
CBC, inne badania, zgodnie z zaleceniami		x	x			
RNA wirusa HIV	U wszystkich pacjentów, u których wykryto HIV podczas dowolnej wizyty					
Oporność wirusa HIV na leki						

[1]wymazy: z gardła, odbytu, pochwy; [2]jeśli w „czasie 0" nie podano profilaktyki antybiotykowej lub jeśli objawy wystąpiły w ciągu 4–6 tygodni po ekspozycji; [3]w przypadku współzakażenia wirusem HCV może to opóźnić rozwój przeciwciał przeciwko HIV, ale nie ma wpływu na wynik testu na obecność antygenu/przeciwciał HIV (anty-HIV/p24); [4]jeśli sprawca jest nosicielem HBV; [5]jeśli sprawca jest nosicielem HCV; AIDS — zespół nabytego niedoboru odporności; ALT — aminotransferaza alaninowa; anty-HBc — przeciwciała przeciwko antygenowi powierzchniowemu wirusa zapalenia wątroby typu C; anty-HBs — przeciwciała przeciwko antygenowi powierzchniowemu wirusa zapalenia wątroby typu B); anty-HCV — przeciwciała przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C; anty-HIV/p24 — ludzki wirus niedoboru odporności przeciwciała/antygen p24; AST — aminotransferaza asparaginianowa; HCV — wirus zapalenia wątroby typu C; HIV — ludzki wirus niedoboru odporności; PEP HIV — profilaktyka poekspozycyjna HIV

podawana przez 28 dni. Szczegółowe schematy leczenia są wymienione w **wytycznych Polskiego Towarzystwa AIDS**, a **profilaktyka poekspozycyjna musi być prowadzona pod nadzorem poradni HIV/AIDS** [13].

10. PORADY DOTYCZĄCE CIĄŻY ZAPOBIEGANIE

Ogólne ryzyko zajścia w ciążę po napaści seksualnej szacuje się na około 5% [6]. Rutynowe postępowanie podczas badania lekarskiego obejmuje wykonanie **testu ciążowego**, udokumentowanie jego wyniku oraz zapisanie daty ostatniej miesiączki. Zaleca się zaoferowanie **antykoncepcji awaryjnej** wszystkim kobietom, u których wynik testu ciążowego jest negatywny. Typowe postępowanie obejmuje leki doustne [*np.* pojedynczą dawkę lewonorgestrelu 1,5 mg, maksymalnie do 72 godzin po ekspozycji (*Escapelle, Livopill*) lub pojedynczą dawkę octanu uliprystalu 30 mg, maksymalnie do 5 dni po ekspozycji (*EllaOne*)], najlepiej w ciągu 72 godzin od napaści. Skuteczne może być również założenie wkładki domacicznej, jeśli zostanie to wykonane w ciągu 5 dni od zdarzenia [6].

11. USTALENIE HARMONOGRAMU WIZYT KONTROLNYCH W RAMACH PROGRAMU „ "

Dziewczęta/kobiety, które padły ofiarą przemocy seksualnej, powinny zostać umówione na wizytę kontrolną u ginekologa w ciągu około 7 dni od zdarzenia, chyba że wskazano inaczej.

12. ZAPE W NIENIE WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

Lekarz powinien zapewnić dostęp do wsparcia psychologicznego, jeśli jest ono dostępne w ośrodku. Najlepiej byłoby, gdyby psycholog kliniczny był dostępny do natychmiastowej interwencji. Lekarz ma również obowiązek poinformować pacjentkę o potencjalnych długoterminowych konsekwencjach przemocy seksualnej (*np.* zaburzenia snu, wahania nastroju, depresja) i skierować ją do najbliższego ośrodka psychoterapii lub poradni psychologicznej (co należy odnotować w dokumentacji medycznej).

Aby uzyskać bardziej kompleksowe podejście, zapoznaj się z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia: „Opieka kliniczna nad kobietami doświadczającymi przemocy ze strony partnera lub przemocy seksualnej: podręcznik kliniczny" [6].

13. POWIADOM ODPOWIEDNIE WŁADZE O PODEJRZENIU PRZESTĘPSTWA

Zapewnij pacjenta, że wszystkie ujawnione informacje pozostaną poufne i że nie poinformujesz o nich nikogo, kto nie jest upoważniony do posiadania tej wiedzy. Jeśli istnieje prawny obowiązek powiadomienia organów ścigania, wyjaśnij, **dlaczego zgłoszenie jest konieczne**, **kto zostanie powiadomiony i przez kogo**. Jako pracownik służby zdrowia znasz przepisy dotyczące obowiązku zgłaszania przestępstw.

13.1. Obowiązek prawny

Prawny obowiązek zgłaszania przestępstw dotyczy wszystkich osób zdolnych do ponoszenia odpowiedzialności karnej, zgodnie z art. 240 polskiego Kodeksu karnego (k.k.) [15]. Obejmuje to wszystkie osoby w wieku 17 lat i starsze, bez wyjątku i niezależnie od wykonywanego zawodu, w tym lekarzy. W niektórych przypadkach nawet lekarz ma **ustawowy obowiązek zgłoszenia organom ścigania**, jeśli uzyska wiarygodne informacje dotyczące przygotowania, usiłowania lub popełnienia czynu przestępczego. Zgodnie z art. 240 §1 k.k. obowiązek ten dotyczy w szczególności przestępstw przeciwko wolności seksualnej, życiu lub zdrowiu, w tym:

- **gwałt** (art. 197 §3–5 k.k.):
  - popełnionego wspólnie z inną osobą;
  - przeciwko przodkowi, potomkowi, adoptowanemu, adoptującemu, rodzeństwu;
  - z użyciem broni palnej, noża lub innej niebezpiecznej broni lub środków przymusu bezpośredniego, lub w inny sposób bezpośrednio zagrażający życiu;
  - popełnione wobec kobiety w ciąży;
  - zarejestrowane na nośniku obrazu lub dźwięku;
  - z udziałem osoby małoletniej poniżej 15 roku życia;
  - zachowanie szczególnego okrucieństwa;
  - powodujące poważne obrażenia ciała.
- **wykorzystywanie seksualne osoby niezdolnej do działania lub bezradnej** (art. 198 k.k.);
- **wykorzystywanie** seksual**ne małoletniego** — poniżej 15 roku (art. 200 k.k.), *np.*:
  - ciąża u dziewczynki poniżej 15 roku życia;
  - uszkodzenia błony dziewiczej lub tylnej wargi sromowej u dziewczynki poniżej 15 roku życia bez wiarygodnego wyjaśnienia; takie sytuacje sugerują możliwe przestępstwo seksualne i wymagają wyjaśnienia proceduralnego.
  - **spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu** (art. 156 k.k.).

Niepowiadomienie organów ścigania o takich przestępstwach podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat.

Policja i prokuratura są uprawnione do przyjmowania zgłoszeń przestępstw. Wszystkie przestępstwa podlegające obowiązkowemu zgłoszeniu są przestępstwami ściganymi z urzędu, więc sprzeciw osoby, która padła ofiarą przemocy seksualnej, lub jej opiekuna nie zwalnia lekarza z obowiązku zgłoszenia sprawy. Lekarz nie ma obowiązku uzyskania zgody osoby, która padła ofiarą przemocy seksualnej, jej przedstawicieli prawnych lub opiekuna przed powiadomieniem organów o przestępstwie.

Zgodnie z art. 240 § 1 (c.c.) nie ma ustawowego obowiązku nałożony na lekarza obowiązek powiadamiania organów o popełnieniu następujących przestępstw:

- gwałt w podstawowej formie (art. 197 § 1 c.c.);
- zmuszanie innej osoby do czynności seksualnych wykorzystując niezdolność tej osoby do zrozumienia charakteru czynu lub kontrolowania swojego zachowania (art. 197 § 1a k.k.);
- zmuszanie innej osoby do poddania się lub wykonania inny czyn seksualny (art. 197 § 2 k.k.);
- wykorzystywanie seksualne poprzez nadużywanie relacji zależności lub sytuacji krytycznej (art. 199 k.k.);
- kazirodztwo (art. 201 k.k.);
- spowodowanie średnich lub niewielkich obrażeń ciała (art. 157 kodeksu karnego);
- narażenie innej osoby na zakażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną
  choroby wenerycznej lub innej choroby zakaźnej, poważnej, nieuleczalnej lub zagrażającej życiu (art. 161 § 1–2 c.c.).

Obowiązek zgłoszenia przestępstwa zgodnie z art. 240 § 1 (c.c.) ma pierwszeństwo przed obowiązkiem zachowania tajemnicy lekarskiej określonym w art. 40 ustawy o zawodach lekarza i dentysty [16]. W związku z tym, gdy lekarz uzyska „wiarygodną informację" wskazującą na popełnienie przestępstwa wymienionego w art. 240 § 1 (c.c.), ma on obowiązek niezwłocznie powiadomić organy ścigania. „Wiarygodna informacja" w rozumieniu art. 240 to informacja, którą każda rozsądna osoba uznałaby za wiarygodną. Co ważne, osoba składająca zgłoszenie nie ma obowiązku weryfikowania prawdziwości informacji.

13.2. Obowiązek społeczny

W kontekście zgłaszania przestępstw istotny jest również przepis zawarty w **art. 304 § 1 polskiego kodeksu postępowania karnego (k.p.k.)** [17]. Zgodnie z tym przepisem każda osoba, która dowiedziała się o **przestępstwie ściganym** z urzędu, **ma społeczny obowiązek** powiadomienia o tym prokuratury lub policji. W związku z tym pracownik służby zdrowia, który w trakcie wykonywania swoich obowiązków zawodowych dowiaduje się o popełnieniu przestępstwa innego niż określone w art. 240 (k.k.), może – ale nie ma takiego obowiązku prawnego – zgłosić tę sprawę organom ścigania. Termin „każda osoba" obejmuje wszystkie osoby fizyczne, niezależnie od wykonywanego zawodu.

Nieprzestrzeganie tego obowiązku społecznego nie powoduje odpowiedzialności karnej.

Obowiązek społeczny zgłoszenia przestępstwa **nie ma pierwszeństwa przed tajemnicą lekarską lub tajemnicą medyczną**. Pracownik służby zdrowia może wypełnić ten obowiązek tylko wtedy, gdy pacjent lub jego przedstawiciel prawny wyrazi na to zgodę, to znaczy gdy pracownik służby zdrowia zostanie formalnie zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej lub medycznej przez upoważnioną osobę.

Z punktu widzenia praktyki medycznej równie istotny jest art**. 304 § 2 k.k.**, który nakłada określone obowiązki zgłaszania przestępstw na **instytucje państwowe i samorządowe**.

Zgodnie z tym przepisem instytucje państwowe i samorządowe, które w związku z prowadzoną działalnością powziągnęły wiadomość o przestępstwie ściganym *z urzędu*, są zobowiązane

niezwłocznie powiadomić prokuraturę lub policję oraz podjąć wszelkie niezbędne środki – w miarę możliwości do czasu przybycia organów ścigania lub wydania odpowiednich instrukcji – aby zapobiec zniszczeniu dowodów lub śladów przestępstwa.

Należy podkreślić, że obowiązek zgłaszania przestępstw wynikający z art. 304 § 2 k.p.k. jest szerszy niż obowiązek określony w art. 240 § 1 k.k., ponieważ obejmuje **wszystkie przestępstwa ścigane** z urzędu, w tym te, które nie zostały wymienione w art. 240. Obejmują one na przykład wszystkie przestępstwa zawarte w rozdziale XXV kodeksu karnego (przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i przyzwoitości), *tj*. przestępstwa określone w art. 197–204 (k.k.). Obowiązek ten może również obejmować przestępstwa nieujęte w tym rozdziale, takie jak znęcanie się (art. 207 c.k.), deprawacja nieletnich (art. 208 c.k.) lub średnie uszkodzenie ciała (art. 157 § 1 c.k.).

Należy zauważyć, że obowiązek zgłaszania przestępstw nałożony na instytucje państwowe i samorządowe jest **obowiązkiem prawnym**, a nie społecznym. Nieprzestrzeganie obowiązków wynikających z art. 304 § 2 k.k.p. może skutkować odpowiedzialnością karną na podstawie art. 231 § 1–3 k.k.

Obowiązek zgłoszenia przewidziany w art. 304 § 2 k.k.p.d.y. spoczywa wyłącznie na **osobach zajmujących stanowiska kierownicze** w danej instytucji (*np*. dyrektor, zastępcy dyrektora, przełożona pielęgniarek, pielęgniarka oddziałowa, kierownik oddziału lub kierownik działu) lub na osobach, które z racji pełnionej funkcji pełnią szczególną rolę w ramach instytucji (*np*. główny księgowy). Pozostali pracownicy nie podlegają temu obowiązkowi prawnemu, chociaż w ramach swoich obowiązków zawodowych są zobowiązani do poinformowania przełożonego o wykryciu przestępstwa.

Ustawowy obowiązek zgłoszenia przestępstwa zgodnie **z art. 304 § 2 (c.c.p.), jako** lex specialis**, zastępuje obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej** ustanowiony w art. 40 ustawy o zawodach lekarza i dentysty. W zgłoszeniu przestępstwa zgłaszający może wskazać podejrzanego sprawcę. Zarówno zgłoszenie, jak i wskazanie podejrzanej osoby mieszczą się w granicach prawa. Przekroczyłyby one te granice tylko wtedy, gdyby zostały dokonane w złej wierze i przy pełnej świadomości fałszywości zarzutu.

Ponieważ prawo nie określa konkretnej formy składania zawiadomienia, można je złożyć w formie pisemnej lub ustnej. Do przyjmowania takich zawiadomień uprawnione są policja i prokuratura.

Informacje i oświadczenia dotyczące artykułu

Finansowanie

Wszyscy autorzy oświadczają, że nie otrzymali żadnego finansowania.

Konflikt interesów

Wszyscy autorzy oświadczają, że nie występuje konflikt interesów.

Załącznik 1. Elementy zestawu do badania osób, które padły ofiarą przemocy seksualnej, oraz do zbierania dowodów kryminalistycznych

- skrobaki — 10 szt.
- watyki w otwartych rękawach, pakowane pojedynczo — ok. 30 szt.,
- sterylny grzebień do pobierania włosów — 2 szt.,
- sterylne pincety plastikowe — 1 szt.,
- wzierniki do badania i pobierania próbek,
- sterylne rękawiczki jednorazowe,
- fartuch jednorazowy,
- maska na twarz,
- ampułka ze sterylną, dejonizowaną wodą, 5 ml — 1 szt.,
- pojemnik na mocz,
- torby papierowo-foliowe — ok. 20 szt.,
- kartonowe pudełko do przechowywania zebranego materiału biologicznego — 1 szt.,
- plomby zabezpieczające — 3 szt.,
- papierowa torba na odzież,
- odzież zastępcza, w porozumieniu z policją,
- protokół badania w sprawie przemocy seksualnej lub protokół badania uzupełniającego (obecnie w przygotowaniu) — 2 szt.

Każda próbka materiału pobranego do analizy kryminalistycznej musi być opatrzona następującymi informacjami: dane identyfikacyjne pacjenta, rodzaj materiału, miejsce pobrania, data i godzina pobrania oraz nazwisko osoby, która pobrała próbkę. Wszystkie materiały muszą być przechowywane w bezpiecznym miejscu, a przy przekazaniu ich organom ścigania należy uzyskać protokół odbioru dowodów.

Załącznik 2. Protokół badania w sprawie przemocy seksualnej

Protokół badania dotyczącego przemocy seksualnej

I. Pacjent: imię i nazwisko, data urodzenia, adres

.....

.....

.....

II. Miejsce, data, godzina rozpoczęcia i zakończenia badania, imię i nazwisko osoby (osób) obecnej podczas badania

.....

.....

.....

.....

III. Historia położniczo-ginekologiczna, w tym: data ostatniej miesiączki, ciąża, porody, poronienia, ostatni dobrowolny stosunek płciowy, obecne i wcześniejsze choroby przenoszone drogą płciową, antykoncepcja, wcześniejsze operacje, inne choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

IV. Napaść: okoliczności, miejsce, czas, sposób działania sprawcy, sprawca

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Czynności wykonane przez dziewczynę/kobietę po napaści, w tym zmiana ubrania, kąpiel, prysznic, oddanie moczu)

.....

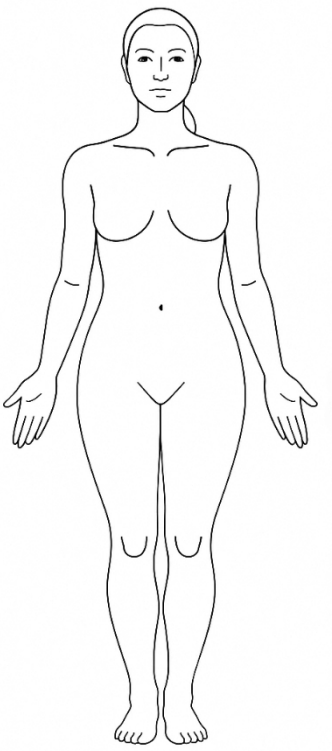
.....

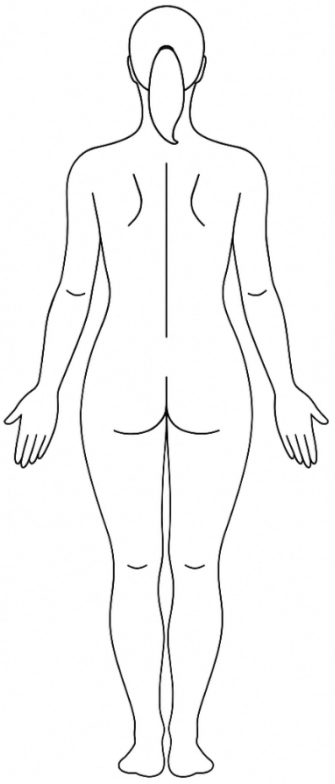
.....

→

Załącznik 2. cd. Protokół badania ofiary przemocy seksualnej

VI. Ogólne badanie fizykalne – ocena ogólnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz obrażeń ciała (opis i odnotowanie ich lokalizacji na schemacie ciała: rodzaj, rozmiar, kształt, kierunek, brzegi i kolor, wpływ na ruchomość dotkniętej części ciała)





→

Załącznik 2. cd. Protokół badania w przypadku przemocy seksualnej

VII. Badanie ginekologiczne – opis urazów narządów płciowych i zapis ich anatomicznej lokalizacji na schemacie ciała



VIII. Materiały zebrane podczas badania i inne dowody, *np.* odzież, podpaski higieniczne *itp.*

IX. Badania bakteriologiczne

→

Załącznik 2. Protokół badania dotyczącego przemocy seksualnej

X. Zastosowane leczenie, *np*. antybiotyki, środki antykoncepcyjne, środki przeciwbólowe, środki uspokajające

.....

.....

.....

.....

.....

XI. Zalecenia, *np*. leki, środki antykoncepcyjne, hospitalizacja, konsultacje specjalistyczne

.....

.....

.....

.....

Zostałem poinformowany o możliwości[1]/konieczności[2] # powiadomienia organów ścigania o zdarzeniu i w celu wypełnienia społecznego obowiązku zgłoszenia przestępstwa niniejszym zwalniam lekarza od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Czynię to w pełni świadomy wszelkich potencjalnych negatywnych konsekwencji takiego ujawnienia, w tym np. możliwości przyjęcia roli ofiary w postępowaniu karnym

Podpis pacjenta i/lub opiekuna prawnego

[1] ~~poinformować pacjenta o społecznym obowiązku powiadomienia organów o każdym~~ podejrzeniu przestępstwa ściganego z urzędu (304 §1 k.p.k.)
[2] poinformować pacjenta o obowiązku prawnym zgłoszenia organom ścigania podejrzenia popełnienia przestępstwa (art. 240 k.k., 304 §2 k.p.k.)

Wyrażam zgodę na: badanie, pobranie dowodów kryminalistycznych, zalecane procedury medyczne#

Podpis pacjenta i/lub opiekuna prawnego

niepotrzebne skreślić

.....

Dane identyfikacyjne lekarza, który przeprowadził i udokumentował badanie

.....

Dane osoby towarzyszącej

.....

BIBLIOGRAFIA

1. Drosdzol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V, Guzik-Makaruk EM, et al. Reko-mendacje 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. Reko-mendacje Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie postępowania z ofiarami przestępstw przeci-wko 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. Zalecenia Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące postępowania z ofiarami przestępstw przeciwko wolności seksualnej (01.01.2021). Ginekol Pol. 2021; 92(1): 64–79, doi: 10.5603/GP.a2020.0193, indeksowane w Pubmed: 33576492.
4. Teresiński G. (red.) medycyna sądowa. Tom III. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 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/han-dle/10665/367629 (3.11.2025).
7. https://fflm.ac.uk/wp-content/uploads/2025/07/Rec-Collection-Sam-ples-FSSC-July-2025.pdf (3.11.2025).
8. Dawnay N, Sheppard K. Od miejsca zbrodni do sali sądowej: przegląd aktualnych procedur analizy dowodów biologicznych stosowanych w dochodzeniach dotyczących gwałtów i napaści seksualnych w Wielkiej Brytanii. Sci Justice. 2023; 63(2): 206–228, doi: 10.1016/j.scijus.2022.12.006, indeksowane w Pubmed: 36870701.
9. Pawłowski R, Branicki W, Kupiec T, et al. Zalecenia polsko--speaking Working Group of the International Society for Forensic Genetics (ISFG-PL) dotyczących ujawniania śladów biologicznych i postępowania z dowodami w badaniach identyfikacyjnych. Arch Med Sadowej Kryminol. 2024; 73(3): 210–233, doi: 10.4467/16891716AM-SIK.23.018.19318, indeksowane w Pubmed: 38662464.
10. Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom: Przemoc seksualna i wykorzystywanie oraz choroby przenoszone drogą płciową – Wytyczne dotyczące leczenia chorób przenoszonych drogą płciową u nastolatków i dorosłych, 2021 r.
11. Światowa Organizacja Zdrowia. Zaktualizowane zalecenia dotyczące leczenia Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis i Treponema pallidum (kiła) oraz nowe zalecenia dotyczące badań w kierunku kiły i usług dla partnerów. Genewa 2024. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240090767 (3.11.2025).
12. Światowa Organizacja Zdrowia. Zalecenia dotyczące leczenia Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalium, Candida albicans, bakteryjnego zapalenia pochwy i wirusa brodawczaka ludzkiego (brodawki odbytu i narządów płciowych). Genewa 2024. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240096370 (3.11.2025).
13. Bociąga-Jasik M, Inglot M, Jabłonowska E, et al. Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS 2025. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Agencja Wydawnicza EkoPress; Warszawa–Kraków 2025.
14. Opinia Komitetu ACOG nr 777: Przemoc seksualna. Położnictwo i ginekologia. 2019; 133(4): e296–e302, doi: 10.1097/aog.0000000000003178.
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.).