

## پروتکل استانبول ارزیابی بالینی فرم کوتاه برای تنظیمات درگیری

اقتباس شده از پروتکل استانبول نسخه 2022 برای استفاده توسط پزشکان مستقل، غیر پزشکی قانونی برای ارزیابی های بالینی از ادعا شکنجه و درمان بد درگیری که در آن ارزیابی های جامع پزشکی قانونی امکان پذیر نیست تهیه و ویرایش توسط PHR با همکاری IIHE

### I. اطلاعات فرد

تاریخ روز و ساعت معاینه:

نام خانوادگی بیمار: \_

فرد معاینه کننده ارزیابی بالینی

	دلیل درخواست:	آسیب بدنی فیزیکی	بله	نه
		آسیب روانی	بله	نه
		دیگر (مشخص کنید)	بله	نه

رضایت نامه آگاهانه (اخذ در شروع ارزیابی بالینی و بررسی ادعا قربانی و ارزیابی برای هر گونه تغییر در نتیجه گیری) هدف و محتوای ارزیابی، نحوه استفاده از اطلاعات، مزایا و خطرات بالقوه، اقداماتی که برای اطمینان از محرمانه بودن مانند ذخیره سازی داده ها و رمزگذاری را برای فرد مشخص کنید و آگاه کنید که فرد می تواند در هر زمان که بخواهد از مشارکت خودداری کند.

آیا فرد با انجام کارهای زیر موافق و راضی است ( ارزیابی بالینی و عکس از آسیب های ادعایی):

	یافته های ارزیابی بالینی	بله	نه
	عکس هایی از جراحات ادعا شده	بله	نه

آیا فرد با انجام کارهای زیر موافق و راضی است (اهداف خاص):

	گزارش های مربوط به حقوق بشر	بله	نه
	وکالت، گزارش رسانه ها	بله	نه
	تحقیقات نهادهای بین المللی حقوقی	بله	نه
	تعقیب کیفری آینده از عاملان	بله	نه

از مدعی قربانی بپرسید که آیا می خواهد ارزیابی او ناشناس باشد (هیچ نام یا اطلاعات هویتی فاش نشود) یا نام و اطلاعات هویتی خود را فاش کند •

	رضایت به استفاده از اطلاعات تنها بصورت ناشناس	بله	نه
	رضایت به استفاده از نام و دیگر اطلاعات	بله	نه

آیا در زمان معاینه و مصاحبه شخص دیگری شاهد وجود دارد نام و مشخصات شاهد

بله      نه      [اگر "بله"، لیست دیگر حاضران در زیر.]

رابطه نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_

رابطه نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_

به هر یک از محدودیت های زیر در ارزیابی بالینی توجه کنید:

- آیا زمان کافی برای ارزیابی معاینه وجود داشت (توضیح): بله نه  
آیا مکان مناسب برای ارزیابی معاینه وجود داشت (توضیح): بله نه  
آیا حریم خصوصی رعایت شد (توضیح): بله نه  
آیا ارزیابی مجازی از راه دور بوده یا حضوری؟ توضیح دهید

## II. تاریخچه بالینی مربوطه

سوابق بالینی/گزارش پزشکی قانونی برای بررسی در دسترس است: بله نه  
یافته ها و نتیجه گیری زمان یافته ها

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

سابقه پزشکی و روانپزشکی: \_\_\_\_\_

III. ادعاهای سوء استفاده: (از فرد مراجعه کننده سوالهای باز یا توصیفی و سوالهای اختصاصی (سوالات مستقیم) در مورد آسیب پرسیده شود به عنوان مثال محل و شرایط بازداشت، مطمئن شوید که در مورد احتمال تجاوز جنسی بپرسید.)

"لطفا برای من به طور مفصل آنچه برای شما اتفاق افتاده است را توصیف کنید:"

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

در صورتی که فرد آسیب رساننده و یا سازمان یا ارگان مربوط را میتوانید شناسایی کنید در زیر نام ببرید:

نهاد نام و نام خانوادگی: سمت: \_\_\_\_\_  
سوء استفاده آسیب: \_\_\_\_\_

IV. علائم فیزیکی و / یا ناتوانی های مربوط به سوء استفاده ادعایی (توصیف علائم و ناتوانی های حاد و مزمن از جمله محل، شدت، فراوانی، مدت زمان، عوامل افزایش و کاهش دهنده، و پس از آن فرایندهای درمانی)

علائم و ناتوانی های حاد:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

علائم و ناتوانی های مزمن:

1. \_\_\_\_\_

2.

3.

**V. بررسی شواهد فیزیکی (شامل تمام یافته های مثبت و منفی مربوط؛ برای ضایعات پوست عبارتند از: اندازه، الگو، ارتفاع، رنگ، محل، شکل، قوام، و مرز؛ برای ضربه مغزی: از دست دادن هوشیاری یا خفگی، یک معاینه کامل عصبی شامل وضعیت روانی با استفاده از فرم MoCA پیوست؛ برای تجاوز حاد واژن یا مقعد، برای تجزیه و تحلیل از نمودارهای بدن که در صفحات آخر در دسترس هستند استفاده کنید و یا گرفتن عکس از تمام یافته های فیزیکی مربوطه)**

ظاهر عمومی و علائم حیاتی: \_\_\_\_\_

پوست: \_\_\_\_\_

صورت/سر: \_\_\_\_\_

چشم/گوش/بینی/گلو \_\_\_\_\_

حفره دهان / دندان: \_\_\_\_\_

قفسه سینه / شکم (از جمله علائم حیاتی) \_\_\_\_\_

دستگاه تناسلی \_\_\_\_\_

سیستم اسکلتی عضلانی \_\_\_\_\_

سیستم عصبی (شامل آزمون وضعیت روانی): \_\_\_\_\_

### VI. علائم روانی و ارزیابی افسردگی و PTSD

موارد زیر را بپرسید:

"آیا احساس می کنید که وضعیت روانی شما (افکار و احساسات) به طور قابل توجهی تحت تاثیر سوء استفاده ای قرار گرفته است که شما گزارش داده بودید؟" بله خیر

اگر جواب بله است لطفاً فرمهای ضمیمه 5-PC-PTSD & PHQ-9 را تکمیل کنید

«تغییر در وضعیت روانی شما تا چه حد بر زندگی یا توانایی عملکرد شما تأثیر داشته است؟»

پاسخ	هیچ	کمی	متوسط	خیلی
------	-----	-----	-------	------

آیا PHQ-9 تکمیل شد: بله خیر امتیاز گرفته شده بعد از تکمیل فرم آیا تشخیص افسردگی داده شد؟ شدت افسردگی: \_\_\_\_\_

آیا PC-PTSD تکمیل شد: بله خیر امتیاز گرفته شده بعد از تکمیل فرم لطفاً توجه داشته باشید که عدد چهار و پنج نشان دهنده PTSD است. توجه داشته باشید، نمره 3 نشان از امکان وجود PTSD دارد

**VII. تست های تشخیصی آزمایشگاهی و ارجاعات:**

آیا تست تشخیصی آزمایشگاهی داده شده: **بله** **نه**

1. تاریخ: یافته ها: \_\_\_\_\_

2. تاریخ: یافته ها: \_\_\_\_\_

ارجاعات/ مشاوره های درخواستی(توضیح): **بله** **نه** \_\_\_\_\_

**VIII. بررسی ارتباط یافته های فیزیکی با آسیب های ادعایی \*(NC=مرتبط نیست ; C=سازگار; HC=بسیار سازگار)**

یافته های فیزیکی (ها)	آسیب اظهار شده	*ارتباط (بررسی یکی برای هر یافته)	عکس (ضمیمه گزارش)
1.		NC C HC	بله نه
2.		NC C HC	بله نه
3.		NC C HC	بله نه
4.		NC C HC	بله نه
5.		NC C HC	بله نه

**IX. ارزیابی یافته های روان شناختی**

علائم روانی یا ناتوانی قربانی : با توجه به معاینات شما و اظهارات فرد آسیب دیده آیا اظهارات با معاینات : **مرتبط نیست** ; **سازگار است** ; **بسیار سازگار است**

**X. نتیجه گیری و توصیه ها**

بر اساس مدارک، دانش و تجربه من، نظر من این است که یافته های بالینی قربانی (یافته های فیزیکی و روانی، اطلاعات تاریخی، یافته های عکاسی، نتایج آزمون تشخیصی، شیوه های شکنجه، گزارش مشاوره و غیره) **مرتبط نیست** ; **سازگار است** ; **بسیار سازگار است**

**شکنجه به تعریف کنوانسیون سازمان ملل علیه شکنجه (تحمیل عمدی درد شدید جسمی و/ یا روانی مقامات دولتی برای جمع آوری اطلاعات، مجازات یا به هر دلیلی بر اساس تبعیض از هر نوع.)**

من تمام پاسخ های بالا را که با رضایت فرد آسیب دیده بوده است بررسی و تایید میکنم: **بله** **نه**

من ارجاعات مربوطه برای مراقبت های بهداشتی پزشکی و روانی ارائه دادم (توضیح): **بله** **نه**

**XI. نام و نام خانوادگی و امضا فرد معاینه کننده یا ارزیابی کننده**

**لطفاً محله دقیقه آسیب را در نمای بدن که در زیر نمایش داده شده است مشخص کنید اگر آسیب به آلت جنسی یا نشیمن گاه**

**میباشد لطفاً دقیقاً بنویسید**

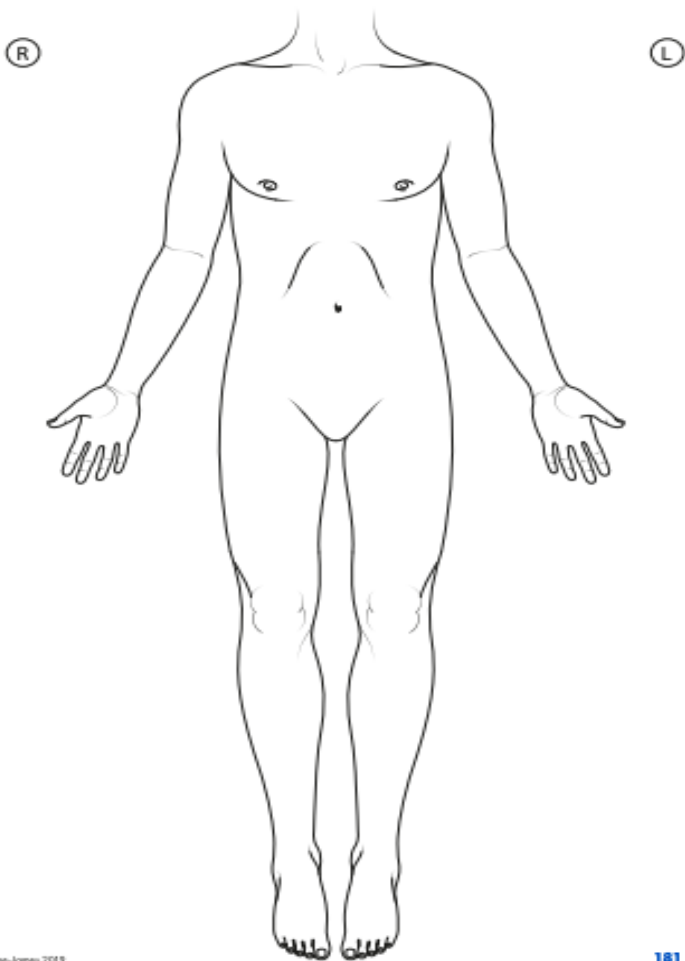
ISTANBUL PROTOCOL  
ANNEXES

Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number.....

Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number.....

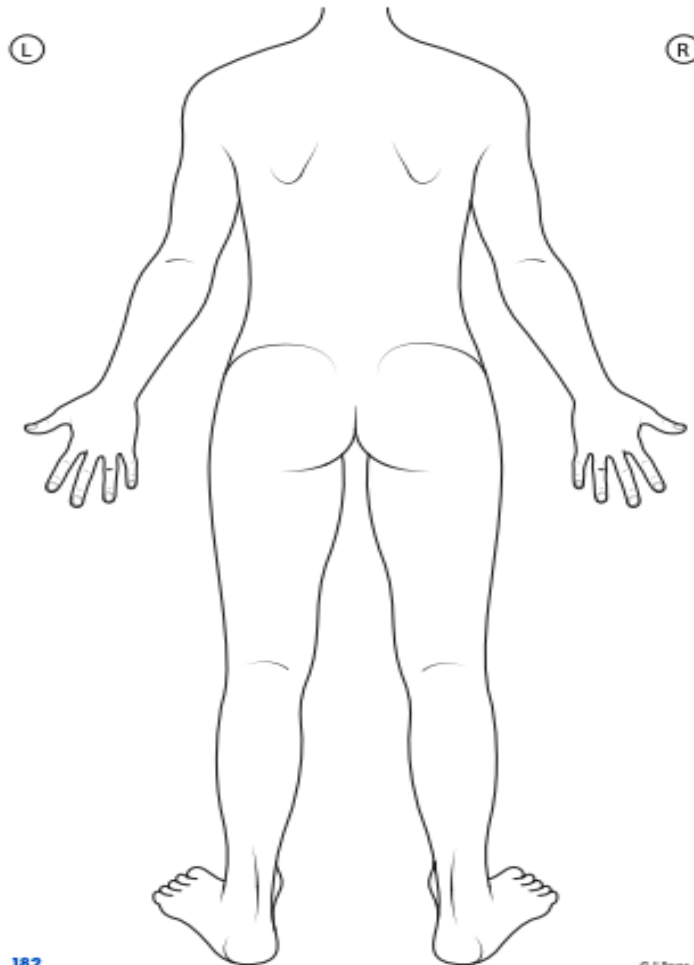
ISTANBUL PROTC  
ANNEXES

Gender-Neutral Full Body - Anterior View



© J. Payne-James 2019

181

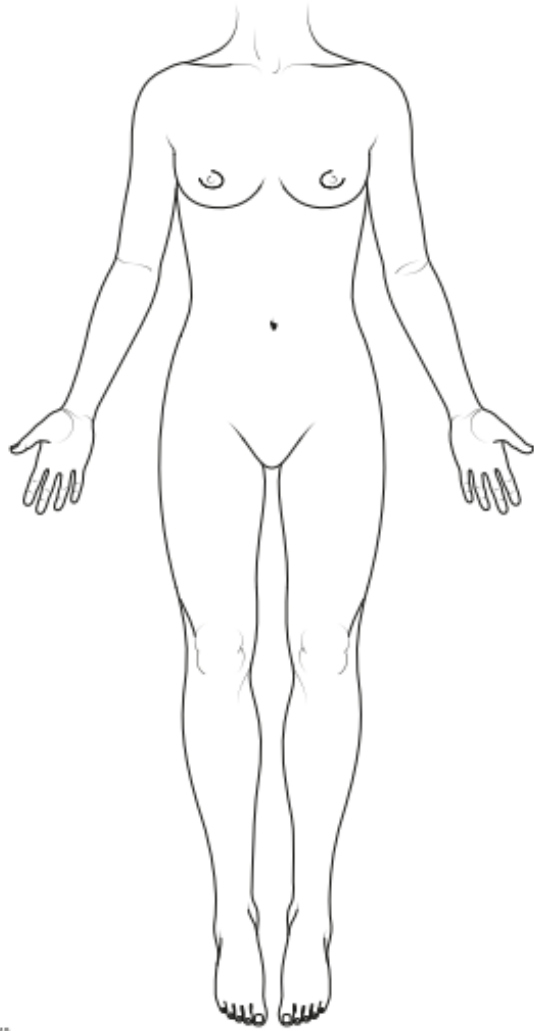


182

© J. Payne-James 2019

Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number.....

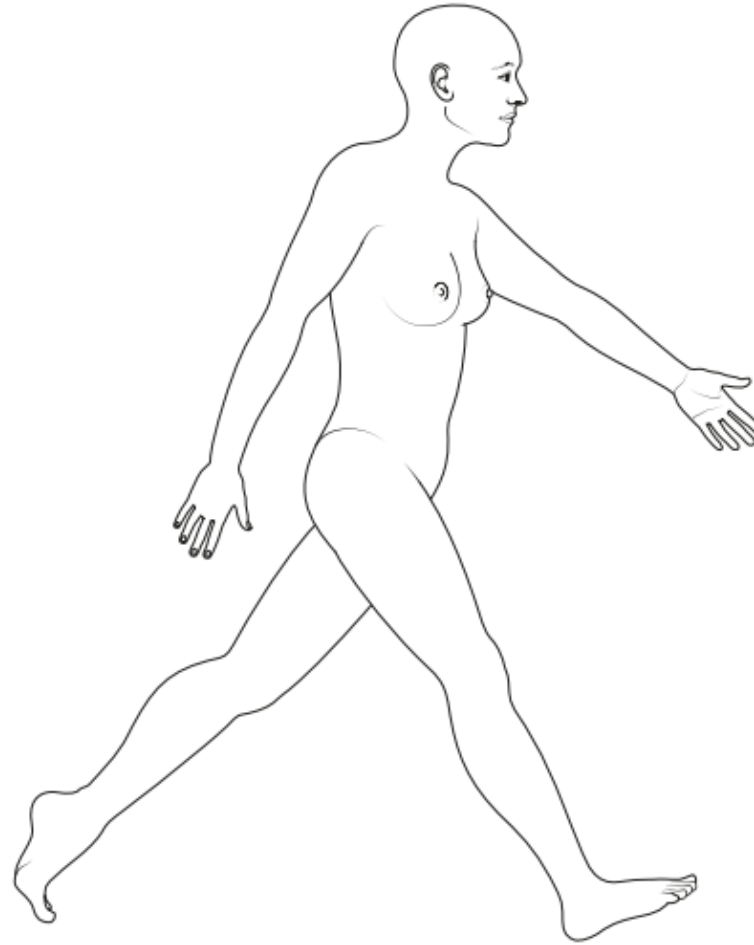
(R)



(L)

Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number.....

(R)

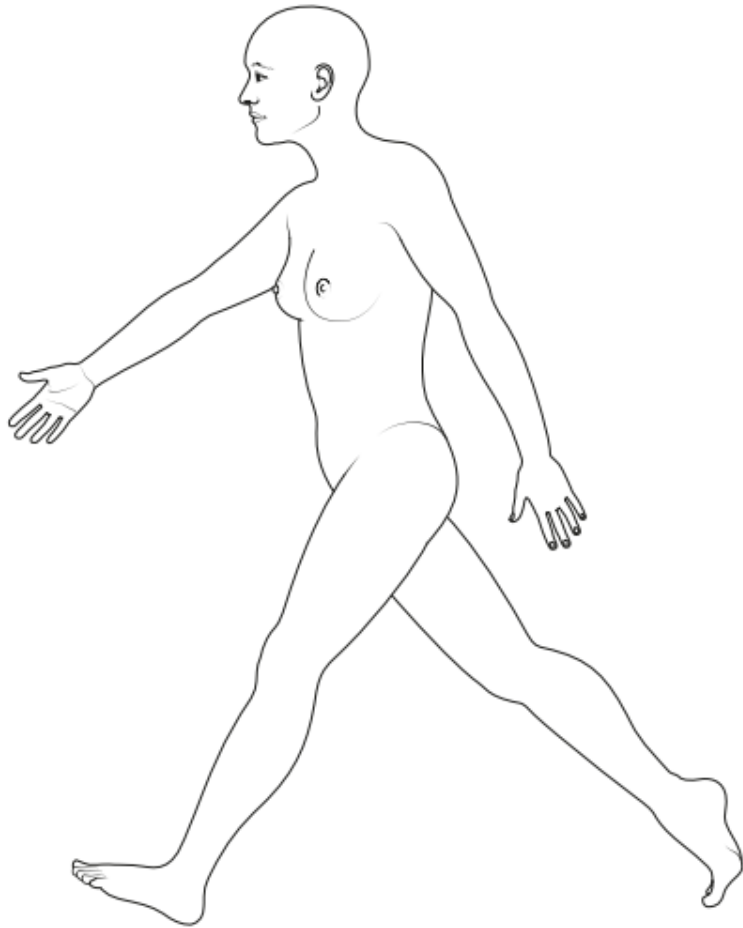


Female Full Body - Right Lateral View

Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number.....

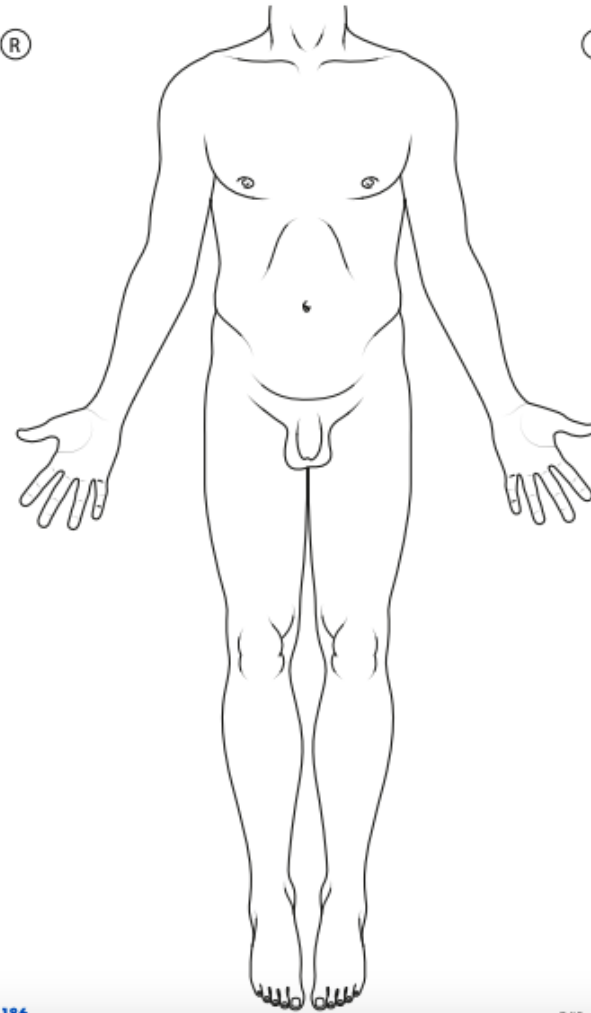
Female Full Body – Left Lateral View

(L)



Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number.....

(R)



(L)

Male Full Body – Anterior View

Subject Name .....

Examiner Name .....

Date of Examination .....

Time of Examination .....

Reference Number .....

Subject Name .....

Examiner Name .....

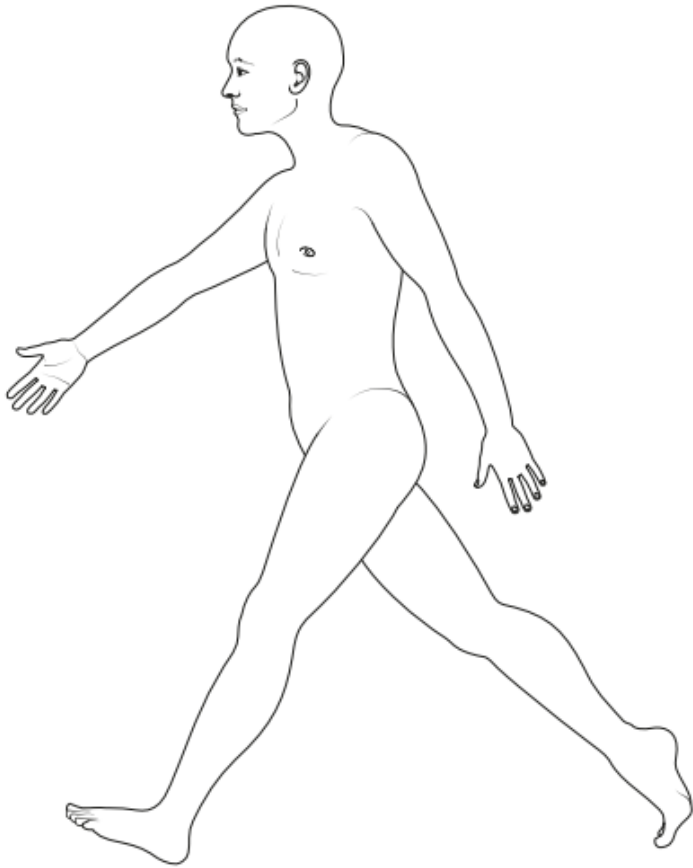
Date of Examination .....

Time of Examination .....

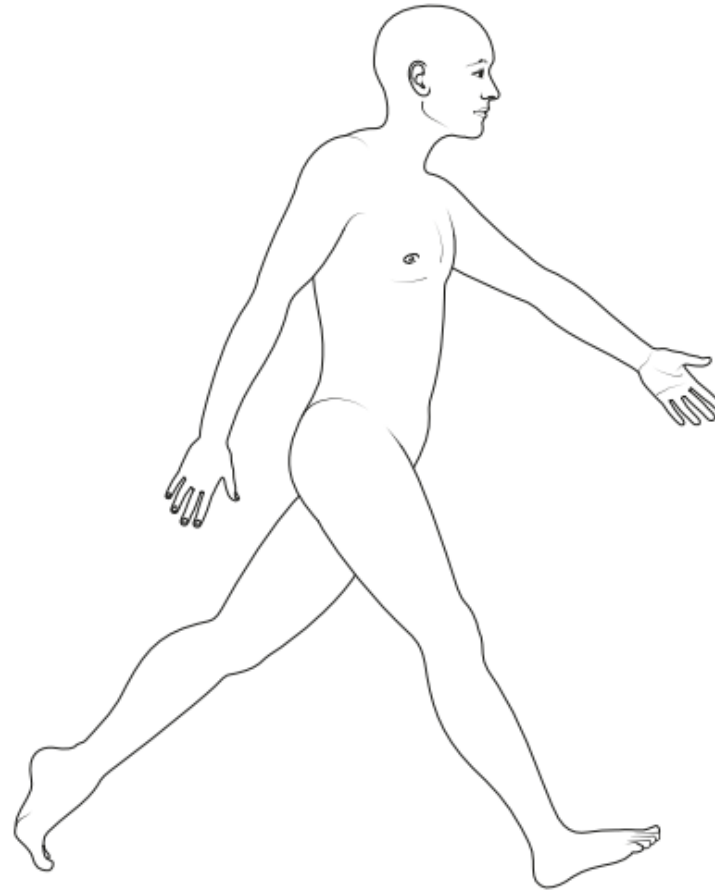
Reference Number .....

Male Full Body - Left Lateral View

L



R



Male Full Body - Right Lateral View



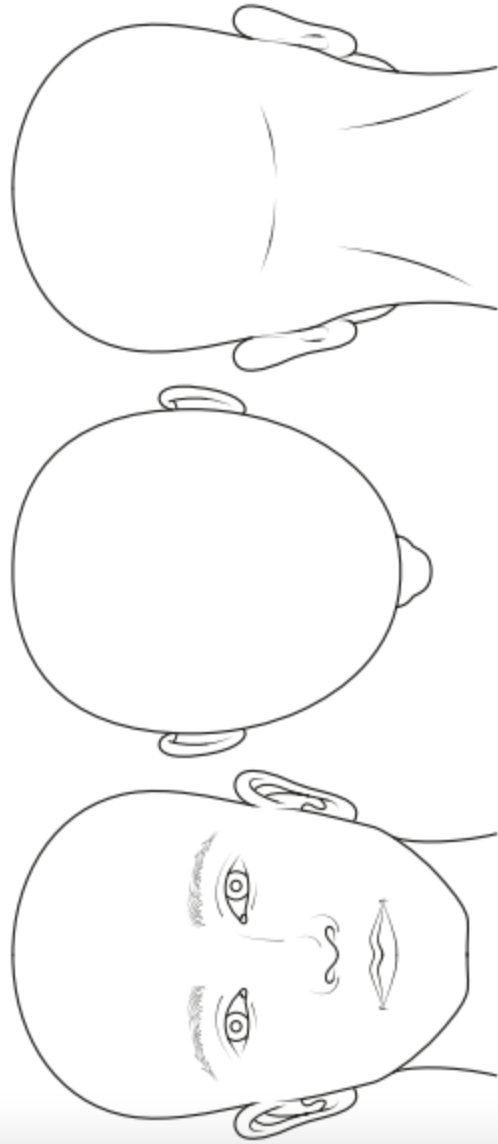
Subject Name .....

Examiner Name .....

Date of Examination .....

Time of Examination .....

Reference Number .....



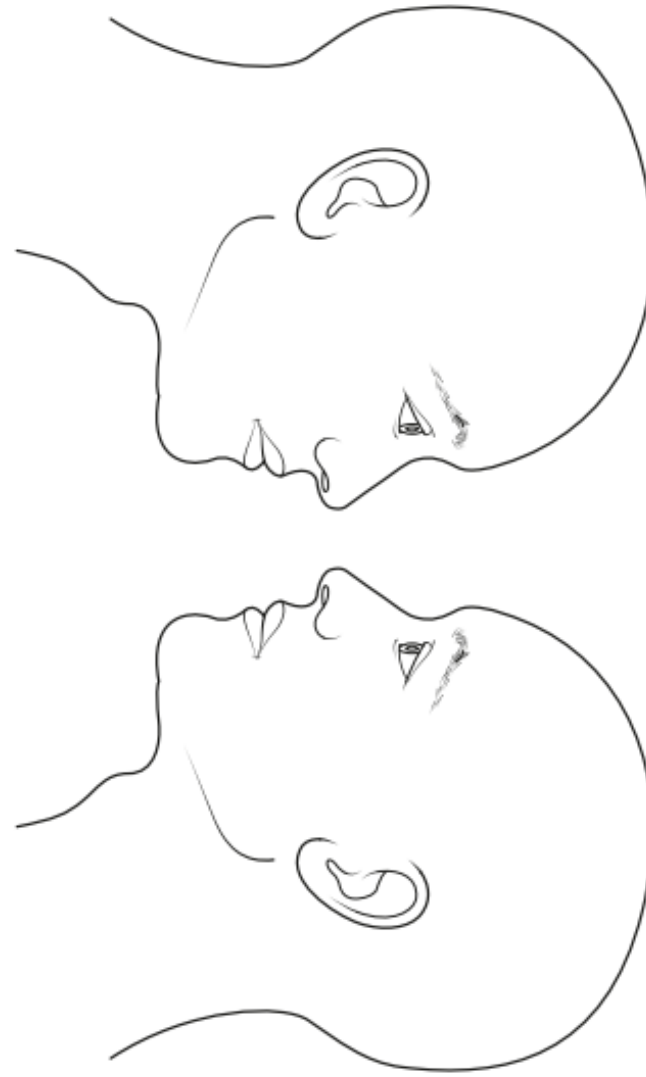
Subject Name .....

Examiner Name .....

Date of Examination .....

Time of Examination .....

Reference Number .....



R

L

Subject Name .....

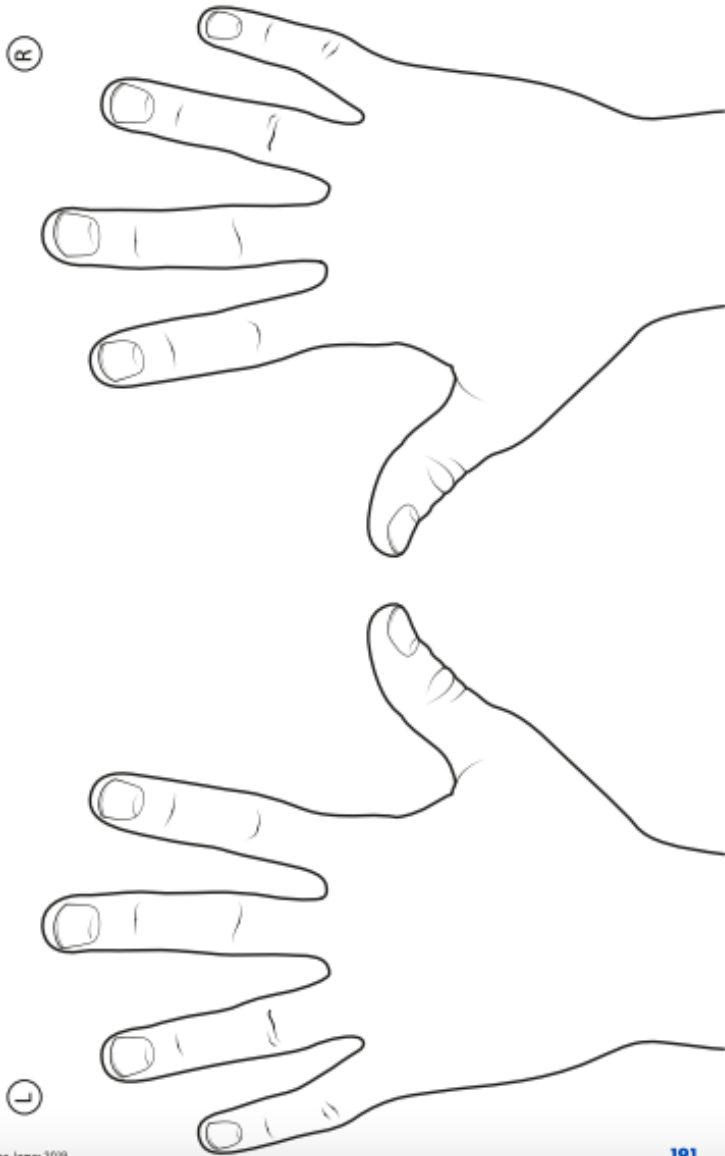
Examiner Name .....

Date of Examination .....

Time of Examination .....

Reference Number .....

Hands – Dorsal View



Subject Name .....

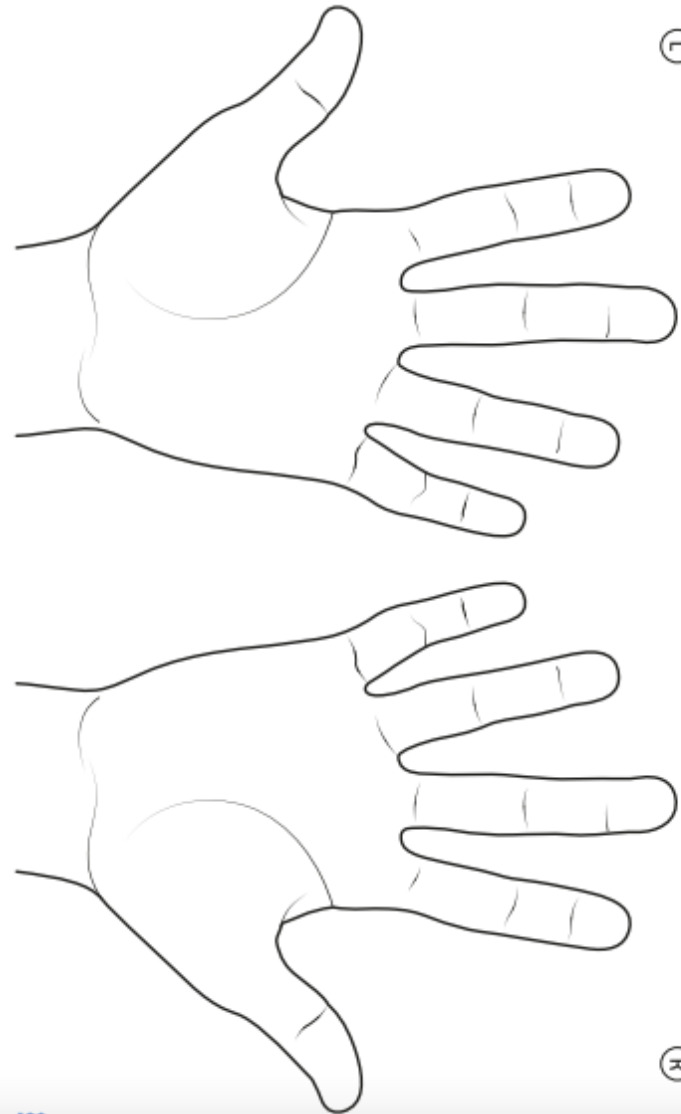
Examiner Name .....

Date of Examination .....

Time of Examination .....

Reference Number .....

Hands – Palmar View

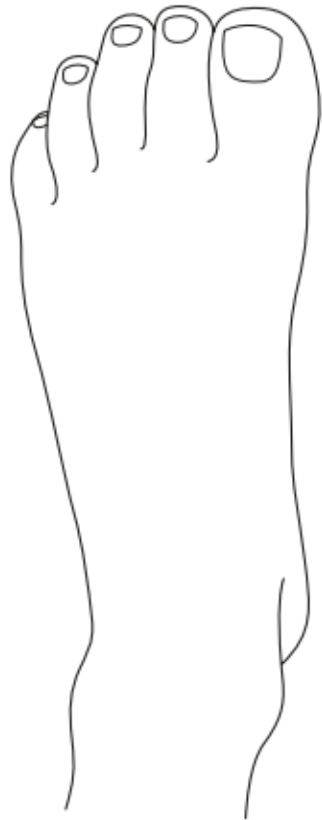


Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number .....

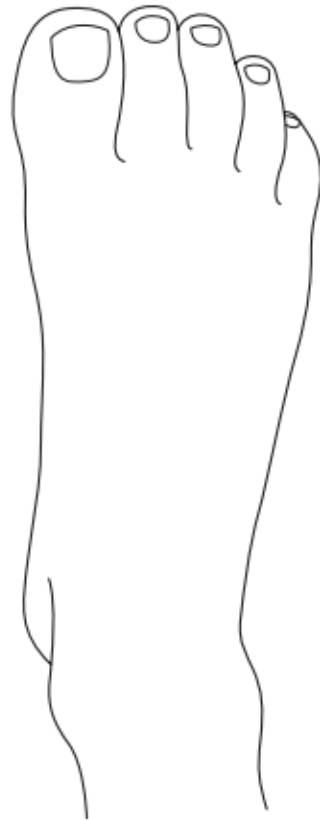
Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number .....

Feet - Dorsal View

(L)



(R)



(R)



(L)



Feet - Plantar View

Subject Name .....

Examiner Name .....

Date of Examination .....

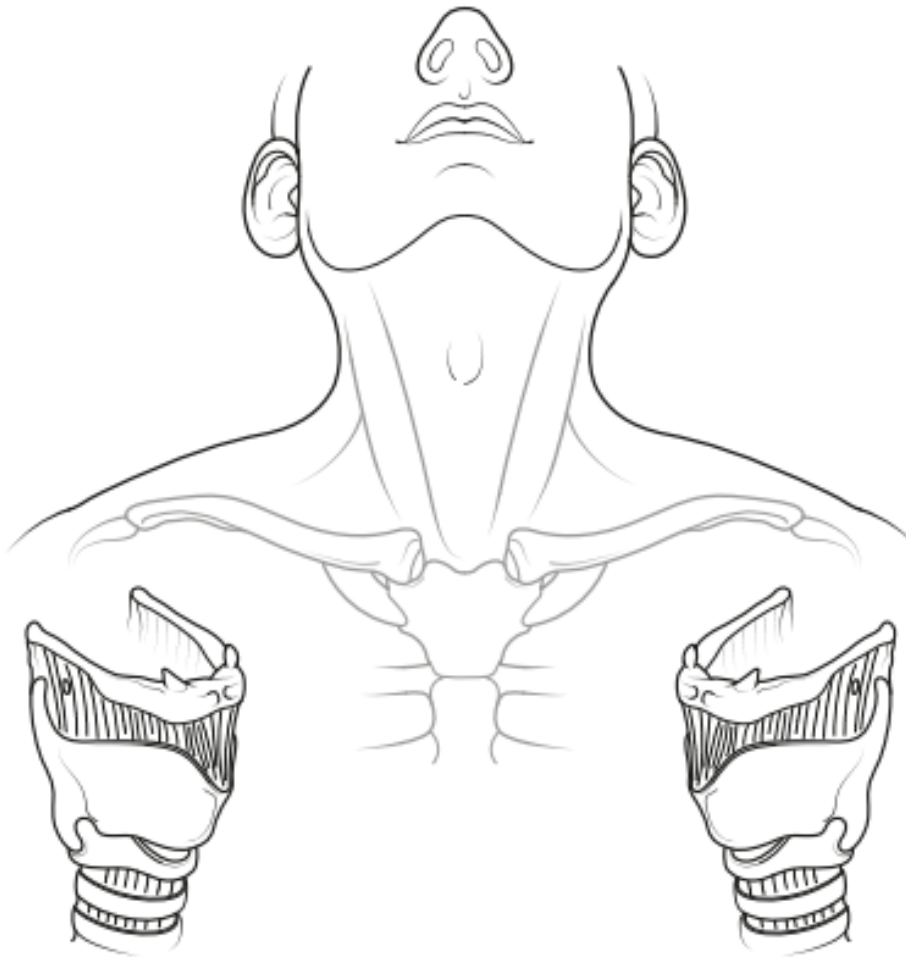
Time of Examination .....

Reference Number .....

Neck Anterior Extended and Larynx

(R)

(L)



Subject Name .....

Examiner Name .....

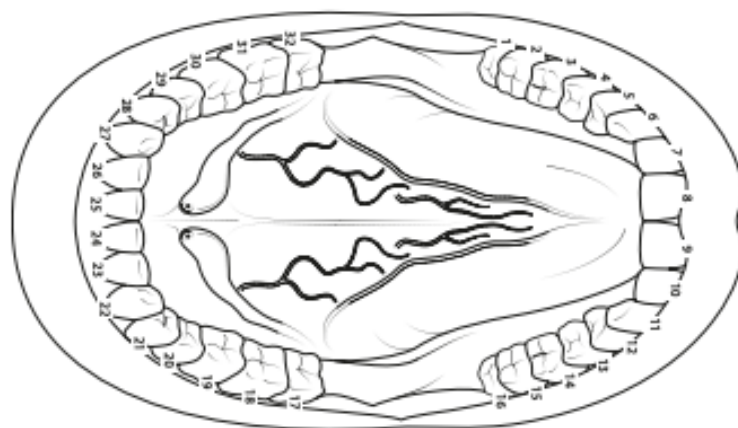
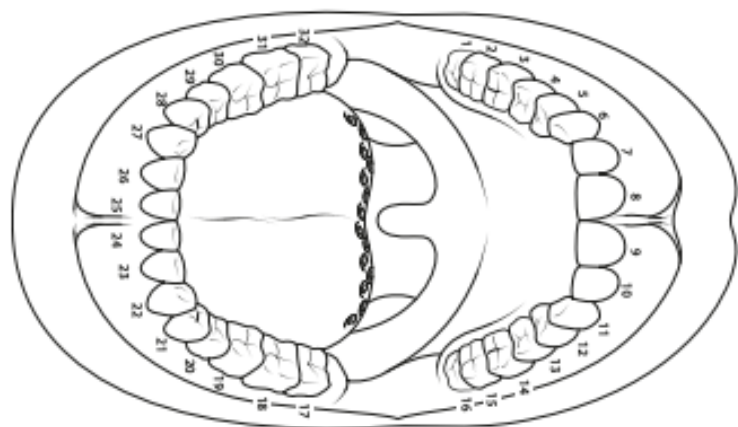
Date of Examination .....

Time of Examination .....

Reference Number .....

**ISTANBUL PROTOCOL**  
ANNEXES

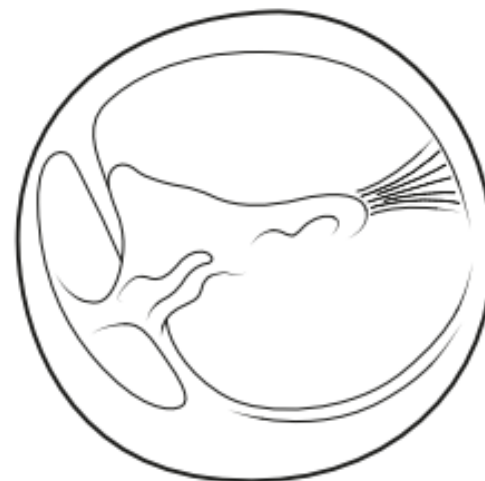
Oral Cavity and Teeth



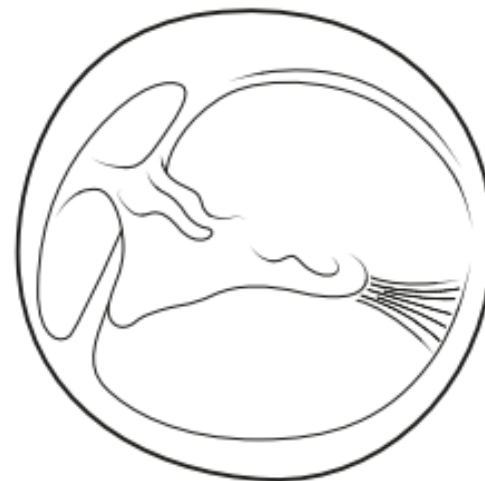
**ISTANBUL PROTOCOL**  
ANNEXES

Tympanic Membrane – Left and Right Views

(R)



(L)



Subject Name .....

Examiner Name .....

Date of Examination .....

Time of Examination .....

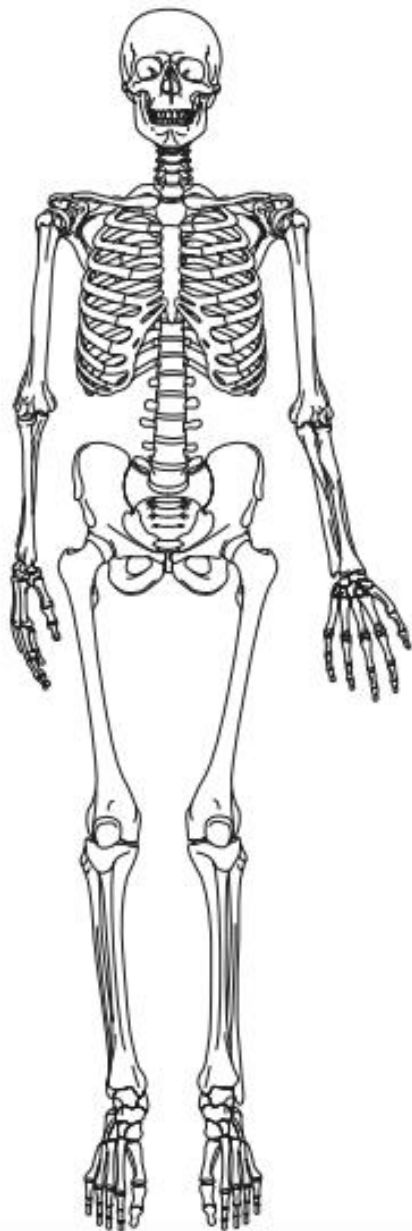
Reference Number .....

Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number .....

ISTANBUL PROTOCOL  
ANNEXES

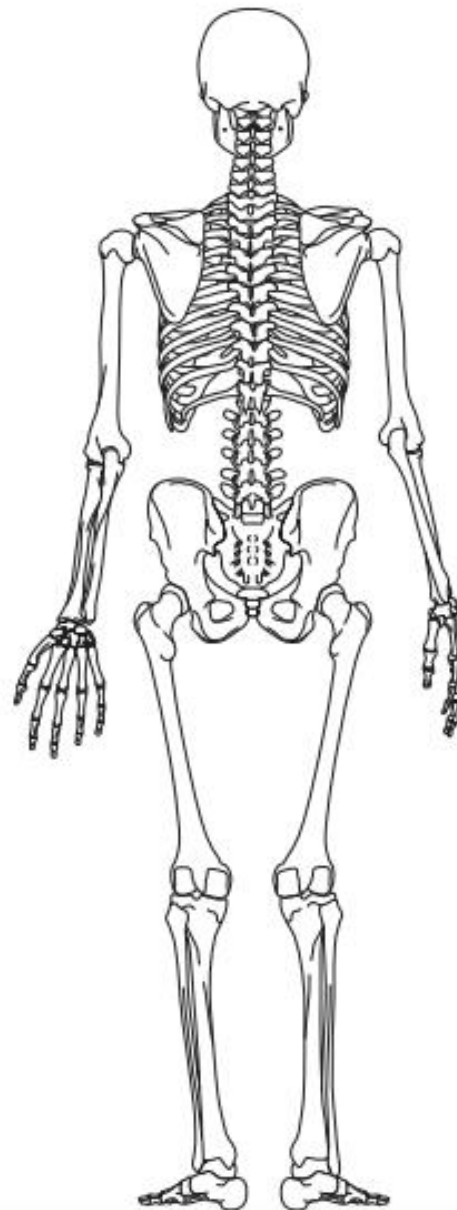
ISTANBUL PROTOCOL  
ANNEXES

Subject Name .....  
Examiner Name .....  
Date of Examination .....  
Time of Examination .....  
Reference Number .....



Skeleton - Anterior View

Skeleton - Posterior View



Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

آزمون شناختی مونترال

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ جنس: \_\_\_\_\_ میزان تحصیل: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_  
 تاریخ انجام آزمون: \_\_\_\_\_

امتیاز	ساعت را بکشید (بازده و ده دقیقه) (سه امتیاز)		مکعب را بکشید		دیداری - فضایی / اجرایی	
	[ ] [ ] [ ]		[ ]		[ ]	
نام ببرید						
[ ]		[ ]		[ ]		
بدون امتیاز	حافظه		فهرست کلمات را بخوانید ، فرد باید آنها را تکرار کند. دوبار این کار را انجام دهید، حتی اگر بار اول موفقیت آمیز باشد. پس از ۵ دقیقه یادآوری را انجام درخواست کنید.			
	قرمز	آفتابگردان	بیمارستان	مخمل	صورت	نوبت اول
توجه		فهرست شماره ها را بخوانید (یک شماره هر ثانیه) فرد باید به همان ترتیب تکرار کند				
[ ]		[ ]				
کلیم		تکرار : من فقط می دانم رضا کسی است که امروز کمک می کند. [ ] وقتی سگها در اتاق بودند، گربه همیشه زیر میل پنهان می شد. [ ]				
روانی کلام / هر تعداد کلماتی را که با حرف م شروع می شود در یک دقیقه بگوئید.		[ ] (تعداد کلمات درست ۱۱ و بیشتر)				
انتزاع		شباهت بین موز و پرتقال چیست؟ هردو میوه اند. [ ] قطار - دوچرخه [ ] ساعت - خط کش				
یادآوری یا تاخیر		فرد باید کلمات را بدون هیچ راهنمایی بخاطر بیابورد				
اختیاری		راهنمایی با گروه راهنمایی با چند جواب				
آگاهی به زمان و مکان		[ ] چندمین روز ماه [ ] ماه [ ] سال [ ] روز هفته [ ] مکان [ ] شهر				
جمع امتیاز: _____		طبیعی $\leq 30/26$				

**PHQ-9**

در طول دو هفته گذشته، هر چند وقت یکبار از مشکلات زیر به شما زحمت داده ؟

تقریباً هر روز	بیش از نیمی از روزها	چند روز	نه اصلاً
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0

1. علاقه یا لذت کمی در انجام کارها
2. احساس پایین، افسرده یا ناامیدی
3. مشکل به خواب رفتن، خواب ماندن، یا خوابیدن بیش از حد
4. احساس خستگی یا داشتن انرژی کم
5. اشتهاى ضعیف یا بیش از حد غذا
6. احساس بدی نسبت به خودتان - یا اینکه شما یک شکست یا خودتان یا خانواده تان را ناامید کرده اید
7. مشکل تمرکز بر روی چیزها، مانند خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون
8. حرکت کردن یا صحبت کردن آنقدر آهسته که افراد دیگر می توانستند متوجه شوند. یا برعکس - آنقدر بی قرار یا بی بی بیشتر از حد معمول در حال حرکت بوده ای
9. افکاری که بهتر است مرده باشید یا به نوعی به خودتان صدمه بزنید

**نمره:**

قسمت A. تشخیص

اختلال افسردگی: اگر حداقل 4 پاسخ دایره شده در بخش سایه دار (شامل سوالات #1 و #2) وجود داشته باشد. اضافه کردن نمره برای تعیین شدت.  
 اختلال افسردگی عمده: اگر 5 پاسخ دایره شده در بخش سایه دار وجود داشته باشد (که یکی از آن ها شامل پرسش های #1 و #2 است).  
 اختلال افسردگی دیگر: اگر حلقه های پاسخ 2 تا 4 در بخش سایه دار وجود داشته باشد.

بخش B. شدت:

اضافه کردن تمام نمرات در هر بخش. این شماره نهایی "توتال" است.

1-4: حداقل افسردگی

5-9: افسردگی خفیف

10-14: افسردگی متوسط

15-19: افسردگی متوسط شدید

20-27: افسردگی شدید

اگر مشکلی را بررسی می کنید، این مشکلات چقدر برای شما دشوار شده است که کارتان را انجام دهید، از کارها در خانه مراقبت کنید یا با افراد دیگر کنار یید؟  
 (یکی از جعبه های سمت راست را بررسی کنید)

اضافه کردن: ++

امتیاز کل:

تشخیص:

شدت:

بسیار دشوار

خیلی

تا حدودی دشوار

نه به هیچ



در یک ماه گذشته، آیا شما...

1. آیا کابوس در مورد رویداد (ها) و یا فکر در مورد رویداد (ها) زمانی که شما نمی خواهید؟
2. تلاش زیادی برای فکر کردن در مورد رویداد (ها) و یا رفت و از راه خود را برای جلوگیری از موقعیت هایی که شما را به یاد رویداد (ها)؟
3. مدام در نگرانی، مراقب یا به راحتی وحشت زده بوده اند؟
4. احساس بی حسی و یا جدا از مردم، فعالیت ها، و یا محیط اطراف خود را؟
5. احساس گناه یا قادر به متوقف کردن سرزنش خود و یا دیگران برای حوادث (ها) و یا هر گونه مشکلات رویداد (ها) ممکن است باعث شده است؟

[ بله نه  
[ بله نه  
[ بله نه  
[ بله نه  
[ بله نه

امتیاز: \_\_\_ / 5

نمره کل مجموع تمام پاسخ های "بله" است:

(توجه داشته باشید، نمره 4-5 در PTSD dicates)

(توجه داشته باشید، نمره 3 در دیکته های ممکن PTSD)