

ATTACHMENT ONE

Labels for Sample Sexual Assault Kit

STEP 1: FOREIGN MATERIAL SHEET

- COLLECTED
- NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

Check box for collected or not collected at top.

Specific Step Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
 2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
 3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
- XXX XXX: _____

Signature: _____ Date: _____

NE101:FMS.1 5/17

STEP 1: FOREIGN MATERIAL SHEET

- COLLECTED
- NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

Check box for collected or not collected at top.

Specific Step Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
 2. XXX XXX XXX XXX XX XXX.
 3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
- XXX XXX: _____

Signature: _____ Date: _____

NE101:FMS.1 5/17

STEP 1: FOREIGN MATERIAL SHEET

- COLLECTED
- NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

Check box for collected or not collected at top.

Specific Step Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
 2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
 3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
- XXX XXX: _____

Signature: _____ Date: _____

NE101:FMS.1 5/17

STEP 1: FOREIGN MATERIAL SHEET

- COLLECTED
- NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

Check box for collected or not collected at top.

Specific Step Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
 2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
 3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
- XXX. XXX XXX: _____

Signature: _____ Date: _____

NE101:FMS.1 5/17

**STEP 2: CLOTHING i.e. SHIRT, PANTS, BRA ETC.
NON-UNDERWEAR (MINIMUM 3 BAGS)**

- COLLECTED
 NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

Check box for collected or not collected at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.

Signature: _____ Date: _____

NE102:CSPB.1 5/17

**STEP 2: CLOTHING i.e. SHIRT, PANTS, BRA ETC.
NON-UNDERWEAR (MINIMUM 3 BAGS)**

- COLLECTED
 NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

Check box for collected or not collected at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.

Signature: _____ Date: _____

NE102:CSPB.1 5/17

**STEP 2: CLOTHING i.e. SHIRT, PANTS, BRA ETC.
NON-UNDERWEAR (MINIMUM 3 BAGS)**

- COLLECTED
 NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

Check box for collected or not collected at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.

Signature: _____ Date: _____

NE102:CSPB.1 5/17

**STEP 2: CLOTHING i.e. SHIRT, PANTS, BRA ETC.
NON-UNDERWEAR (MINIMUM 3 BAGS)**

- COLLECTED
 NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

Check box for collected or not collected at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.

Signature: _____ Date: _____

NE102:CSPB.1 5/17

COLLECTED NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

STEP 3: UNDERWEAR (2 BAGS)

Check box for used or not used at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX. XXX XXX XXX XXX.
5. XXX:

XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX

XXX XXX XXX XXX XXX

Signature: _____ Date: _____

COLLECTED NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

STEP 4: ORAL EVIDENCE SWABS

Check box for used or not used at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX/XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.

Signature: _____ Date: _____

COLLECTED NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

STEP 5: ADDITIONAL EVIDENCE OR MISCELLANEOUS SWABS

Check box for used or not used at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
6. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
7. XXX XXX: _____

One site sample per envelope.

Signature: _____ Date: _____

COLLECTED NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

STEP 6: ALTERNATIVE LIGHT SOURCE SWABS

Check box for used or not used at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX, XXX XXX. XXX. XXX, XXX, XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.

One site sample per envelope.

Signature: _____ Date: _____

COLLECTED NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

STEP 7: FINGERNAIL SWABS

Check box for used or not used at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX (XXX XXX) XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
6. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.

Signature: _____ Date: _____

COLLECTED NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

STEP 8: MONS PUBIS SWAB/COMBINGS

Check box for used or not used at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX. XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
6. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.

Signature: _____ Date: _____

COLLECTED NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

STEP 9: EXTERNAL GENITAL SWABS MALE OR FEMALE

Check box for used or not used at top.

Directions:

1. XXX XXX XXX. XXX XXX XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX XXX X.
3. XXX XXX XXX:
 - a. XXX: XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX.
 - b. XXX: XXX XXX XXX, XXX XXX, XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX.

Signature: _____ Date: _____

COLLECTED NOT COLLECTED

Patient name and DOB or sticker

STEP 11: VAGINAL / CERVICAL SWABS

Check box for used or not used at top.

Directions (DO NOT USE WITH PREPUBETAL EXAM):

1. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX, XXX XXX XXX XXX. XXX XXX XXX. XXX XXX XXX.
2. XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
3. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.
4. XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX, XXX XXX XXX XXX XXX.
5. XXX.

Signature: _____ Date: _____

