

سلام و روزبخیر

فرآیند کارشناسی در پرونده‌های ارجاعی از مراجع قضایی



دکتر حمید عطاران

متخصص جراحی عمومی

کارشناس پزشکی قانونی

کارشناس ارشد حقوق جزا

قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

ماده ۴۱ - هیأت‌های بدوی انتظامی نظام پزشکی هر یک از شهرستان‌ها موظفند نظر مشورتی کارشناسی و تخصصی خود را نسبت به هر یک از پرونده‌های مربوط به رسیدگی به اتهام بزه ناشی از حرفه صاحبان مشاغل پزشکی در اختیار دادگاه‌ها و دادسراهای شهرستان مربوطه قرار دهند.

وظایف حوزه معاونت انتظامی سازمان نظام پزشکی

شرح وظیفه	رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای	کارشناسی در جرائم پزشکی
۱- هدف	حفاظت از <u>صنف</u> از طریق <u>مجازات</u> متخلف	حفاظت از <u>بیمار</u> از طریق <u>جبران</u> خسارت
۲- مبنای قانونی	ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی	ماده ۴۱ قانون سازمان نظام پزشکی
۳- مبنای رسیدگی	آیین‌نامه انتظامی و شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای	قانون مجازات اسلامی

وظایف حوزه معاونت انتظامی سازمان نظام پزشکی

شرح وظیفه	رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای	کارشناسی در جرائم پزشکی
۴- مرجع وضع کننده	شورای عالی سازمان نظام پزشکی (قوه مجریه)	مجلس شورای اسلامی (قوه مقننه)
۵- برون‌ده هیئت‌ها	رأی انتظامی	نظریه کارشناسی
۶- مرجع صادر کننده رأی	هیئت‌های انتظامی	محاكم قضایی (شورای حل اختلاف - دادگاه‌ها)

وظایف حوزه معاونت انتظامی سازمان نظام پزشکی

شرح وظیفه	رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای	کارشناسی در جرائم پزشکی
۷- درخواست کننده	شاکی انتظامی	مرجع قضایی
۸- قابلیت گذشت	ندارد	دارد (در جنبه خصوصی جرم)
۹- سوابق قبلی مشتکی عنه	در رأی هیئت تأثیر دارد	در نظریه هیئت تأثیر ندارد

وظایف حوزه معاونت انتظامی سازمان نظام پزشکی

شرح وظیفه	رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای	کارشناسی در جرائم پزشکی
۱۰- ارتباط بین نتیجه رسیدگی هیئت با شدت عوارض حاصل از قصور	وجود ندارد	وجود دارد
۱۱- ارتباط بین نتیجه رسیدگی هیئت با شدت تخلف صورت گرفته	وجود دارد	وجود ندارد
۱۲- لزوم ذکر میزان درصد تأثیر قصور مشتکی‌عنه در عوارض حاصله	وجود ندارد	وجود دارد

وظایف حوزه معاونت انتظامی سازمان نظام پزشکی

شرح وظیفه	رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای	کارشناسی در جرائم پزشکی
۱۳- نقش دادرسی انتظامی در مراحل رسیدگی	نقش دارد	نقش ندارد
۱۴- وجود خسارت یا آسیب دیدگی در بیمار	ضرورت ندارد	ضرورت دارد
۱۵- تعداد دفعات رسیدگی	محدودیت دارد	محدودیت ندارد

وظایف حوزه معاونت انتظامی سازمان نظام پزشکی

شرح وظیفه	رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای	کارشناسی در جرائم پزشکی
۱۶- ابلاغ نظریه هیئت به طرفین پرونده از سوی نظام پزشکی	انجام می‌شود	انجام نمی‌شود
۱۷- ذکر قابلیت اعتراض و یا قطعی بودن در نظریه	انجام می‌شود	انجام نمی‌شود
۱۸- محدودیت زمانی برای اعتراض	وجود دارد	وجود ندارد

رای انتظامی

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
شهرستان مشهد

پیوست:

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

جلسه هیأت بدوی انتظامی مشهد در تاریخ ۹۷/۹/۱۳ جهت رسیدگی به پرونده کلاسه ۹۶-۱/ تشکیل شد.

شاکی: خانم در خصوص بیمار: متوفی

مشتکی عنه: آقای دکتر (ن. پ. . . .)

موضوع شکایت و سیر کار بطور خلاصه:

شاکی عنوان داشته اند همسر ایشان در تاریخ ۹۶/۳/۲۲ توسط آقای دکتر در بیمارستان تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفته اند ولی دچار آسیب شریان آنورت شده و پس از عمل بیمار به ICU منتقل می گردد و سپس به علت خونریزی شدید داخلی مجدداً به اتاق عمل برده شده و به کمک آقای دکتر فوق تخصص جراحی عروق تحت عمل مجدد ترمیمی شریان آنورت قرار می گیرد و دوباره در حالت بیهوشی و شوک به ICU منتقل شده و روز بعد فوت می کند. مدارک قبل از عمل نشانه ای از ابتلا بیمار به سیروز کبدی نداشته است لذا نسبت به قصور پزشکی توسط جراح و تیم پزشکی حاضر در اتاق عمل درخواست رسیدگی داشته اند (لازم به ذکر است قبل از عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک توسط آقای دکتر ، بیمار توسط جراح ارولوژیست آقای دکتر تحت عمل جراحی TUL و حذف سنگ حالب قرار گرفته بوده است). پرونده در دادسرای انتظامی بررسی شده و ضمن اخذ نظریات کارشناسی با صدور کیفرخواست برای آقای دکتر به هیأت بدوی ارجاع گردیده است. در مورد آقای دکتر قرار منع تعقیب صادر شده که مورد اعتراض شاکی قرار نگرفته است. هیأت بدوی با بررسی پرونده و اعلام ختم رسیدگی به شرح ذیل صدور رای می نماید.

رای هیأت بدوی انتظامی:

پرونده مورد بررسی قرار گرفت و نظریات کارشناسی مجدد اخذ گردید. وقوع آسیب به عروق و احشاء شکمی در حین عمل جراحی لاپاراسکوپیک عارضه ای است که اگرچه شیوع اندکی دارد ولی همواره قابل پیشگیری نبوده و حدوث آن ضرورتاً به منزله قصور جراح معالج نمی باشد، با اینحال هنگام تشخیص وقوع عارضه توسط جراح محترم و اقدام به لاپاراتومی، لازم بود تا ضمن تجسس کافی در فضای شکم موضع آسیب دیدگی در شریان آنورت مشخص گردیده با ترمیم بموقع آن از ادامه روند خونریزی و وخامت یافتن حال بیمار و نهایتاً فوت بیمار جلوگیری می شد لذا به استناد ماده ۳ و بند ث ماده ۳۷ آیین نامه انتظامی ناظر به بند "ب" تبصره یک ماده ۲۸ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، آقای دکتر به توبیخ کتبی با درج در پرونده سازمان نظام پزشکی مشهد محکوم می گردند. رای صادره ظرف بیست روز از تاریخ ابلاغ قابل تجدیدنظر خواهی در هیأت تجدیدنظر انتظامی است.

هیأت بدوی انتظامی

سازمان نظام پزشکی مشهد

نظریه کارشناسی

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
شهرستان مشهد

پیوست:

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

جلسه هیأت بدوی انتظامی مشهد در تاریخ ۹۷/۹/۱۳ جهت رسیدگی به پرونده کلاسه ۹۶- تشکیل شد.

شاکی: خانم در خصوص بیمار: متوفی

مشتکی عنه: آقای دکتر (ن. پ.)

موضوع شکایت و سیر کار بطور خلاصه:

شاکی عنوان داشته اند همسر ایشان در تاریخ ۹۶/۳/۲۲ توسط آقای دکتر در بیمارستان تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفته اند ولی دچار آسیب شریان آنورت شده و پس از عمل بیمار به ICU منتقل می گردد و سپس به علت خونریزی شدید داخلی مجدداً به اتاق عمل برده شده و به کمک آقای دکتر فوق تخصص جراحی عروق تحت عمل مجدد ترمیمی شریان آنورت قرار می گیرد و دوباره در حالت بیهوشی و شوک به ICU منتقل شده و روز بعد فوت می کند. مدارک قبل از عمل نشانه ای از ابتلا بیمار به سیروز کبدی نداشته است لذا نسبت به قصور پزشکی توسط جراح و تیم پزشکی حاضر در اتاق عمل درخواست رسیدگی داشته اند (لازم به ذکر است قبل از عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک توسط آقای دکتر ، بیمار توسط جراح ارولوژیست آقای دکتر تحت عمل جراحی TUL و حذف سنگ حالب قرار گرفته بوده است). شکوائیه جهت اظهار نظر کارشناسی از سوی دادسرای عمومی و انقلاب مشهد به هیأت بدوی ارجاع شده و هیأت بدوی با بررسی پرونده به شرح ذیل اعلام نظر می نماید.

نظریه کارشناسی هیأت بدوی انتظامی:

پرونده مورد بررسی قرار گرفت و نظریات کارشناسی مجدد اخذ گردید. وقوع آسیب به عروق و احشاء شکمی در حین عمل جراحی لاپاراسکوپیک عارضه ای است که اگرچه شیوع اندکی دارد ولی همواره قابل پیشگیری نبوده و حدوث آن ضرورتاً به منزله قصور جراح معالج نمی باشد، با اینحال هنگام تشخیص وقوع عارضه توسط جراح محترم و اقدام به لاپاراتومی، لازم بود تا ضمن تجسس کافی در فضای شکم موضع آسیب دیدگی در شریان آنورت مشخص گردیده با ترمیم بموقع آن از ادامه روند خونریزی و وخامت یافتن حال بیمار و نهایتاً فوت بیمار جلوگیری می شد لذا جراح معالج آقای دکتر در رابطه با عوارض ناشی از آسیب شریان آنورت بیمار حین عمل جراحی و نهایتاً فوت بیمار بطور کامل مسئول می باشند.

هیأت بدوی انتظامی

سازمان نظام پزشکی مشهد

سازمان نظام پزشکی رأی انتظامی

جلسه هیأت بدوی انتظامی مشهد در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۳ جهت رسیدگی

شاکی: آقای نصرت اله حسنی - آقای امین خدانشناس به وکالت از آقای مهدی علی پور
در خصوص بیمار: متوفیه سمانه حسنی

مشتکی عنه: کادر درمان بیمارستان

موضوع شکایت و سیر کار بطور خلاصه:

بیمار خانم ۲۷ ساله ای که جهت جاناندازی شکستگی بینی بستری شده است که در شروع القاء بیهوشی دچار افت اشباع اکسیژن خون شریانی شده که به واکنش حساسیتی نسبت داده شده و علیرغم عملیات احیا منتهی به فوت شده است. در بررسی بعدی انجام شده از دستگاه بیهوشی مشخص گردیده که طی سرویس دستگاه بیهوشی در روز قبل از وقوع حادثه، لوله های انتقال اکسیژن و گاز N_2O در داخل دستگاه توسط تکنسین تجهیزات پزشکی (سرویسکار شرکت ا) (به شماره ثبت ۲) سهواً جابجا شده و لذا در حین القاء بیهوشی به جای اکسیژن بیمار با گاز N_2O تهویه شده که نهایتاً منجر به فوت وی گردیده است. پزشکی قانونی نیز پس از کالبدگشایی علت فوت را کمبود اکسیژن در هوای تنفسی اعلام کرده است. بر این اساس اولیاءدم علیه کادر درمان اعلام شکایت کرده اند. پرونده در دادسرای انتظامی بررسی شده و با صدور کیفرخواست جهت مسئولین بیمارستان و اتاق عمل و کادر بیهوشی به هیأت بدوی ارجاع شده و هیأت بدوی با بررسی پرونده به شرح ذیل اعلام رأی می نماید.

رأی هیأت بدوی انتظامی

پرونده مورد بررسی قرار گرفت و توضیحات کادر درمان حضوراً در جلسه هیئت استماع گردید و در چند جلسه رسیدگی موضوع مورد بحث قرار گرفت. حسب دستورالعمل های صریح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز سازمان ملی استاندارد و همچنین تمامی منابع معتبر علمی در رشته بیهوشی، همه دستگاه های بیهوشی الزاماً باید مجهز به حس گر اکسیژن (O_2 analyzer) باشند که ترکیب شیمیایی گاز خروجی از ماشین بیهوشی را چک کرده و از وقوع حوادثی از این قبیل پیشگیری می کند و عملاً این تنها شیوه جلوگیری از وقوع عوارض ناشی از جابجا شدن گازهای بیهوشی است. علیرغم درخواست های انجام شده جهت تامین سنسور اکسیژن از سوی اتاق عمل طی سالهای منتهی به وقوع حادثه فوق، متأسفانه دستگاه بیهوشی بکار رفته در مورد بیمار فاقد حس گر اکسیژن بوده و لذا امکان تشخیص به موقع فقدان اکسیژن در هوای استنشاقی حتی در صورت چک کردن دقیق سایر اجزای دستگاه بیهوشی در شروع عمل برای متخصص بیهوشی فراهم نبوده است لذا براین اساس متخصص بیهوشی مربوطه آقای دکتر س (ن.پ) و تکنسین بیهوشی خانم س (ن.پرستاری) به دلیل عدم چک دقیق دستگاه قبل از القاء بیهوشی و کسب اطمینان از وجود و کارکرد صحیح حس گر اکسیژن حداکثر تلاش خود در جهت انجام وظایف صنفی و حرفه ای طبق دستورالعمل های وزارتی را انجام نداده اند. همچنین خانم دکتر ن (ن.پ) رئیس بخش بیهوشی بیمارستان و آقای دکتر ه (ن.پ) مسئول فنی بیمارستان به دلیل عدم پیگیری مجدانه به منظور تهیه و بکارگیری حس گر اکسیژن در دستگاه بیهوشی، حداکثر تلاش در راستای حفظ ایمنی بیمار در اتاق عمل را به انجام نرسانده اند و لذا افراد فوق الذکر به استناد ماده ۲ و بند الف ماده ۳۷ آیین نامه انتظامی ناظر به بند "ب" تبصره یک ماده ۲۸ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، به توبیخ کتبی با درج در پرونده سازمان نظام پزشکی مشهد محکوم می گردند. در مورد خانم م تخلفی از جانب مشارالیها احراز نگردید و به استناد بند ه ماده ۵۳ آئین رسیدگی داسراها و هیأت های انتظامی نظام پزشکی، ضمن رد کیفرخواست، براءت وی اعلام می گردد. رأی صادره ظرف بیست روز از تاریخ ابلاغ قابل تجدیدنظر خواهی در هیأت تجدیدنظر انتظامی است.

شایان ذکر است این رأی صرفاً در خصوص جنبه انتظامی تخلفات انتسابی صادر شده است و قابلیت استناد به عنوان نظر مشورتی کارشناسی هیأت بدوی انتظامی موضوع ماده ۴۱ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی را ندارد.

هیأت بدوی انتظامی

نظریه کارشناسی

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

جلسه هیأت بدوی انتظامی مشهد در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۳ جهت رسیدگی به پرونده کلاسه ۹۹-۴۷۱ تشکیل شد.

شاکی: آقای نصرت اله حسنی - آقای امین خدانشناس به وکالت از آقای مهدی علی پور
در خصوص بیمار: متوفیه سمانه حسنی

مشتکی عنه: کادر درمان بیمارستان

موضوع شکایت و سیر کار بطور خلاصه:

بیمار خانم ۲۷ ساله ای که جهت جاناندازی شکستگی بینی بستری شده است که در شروع القاء بیهوشی دچار افت اشباع اکسیژن خون شریانی شده که به واکنش حساسیتی نسبت داده شده و علیرغم عملیات احیا منتهی به فوت شده است. در بررسی بعدی انجام شده از دستگاه بیهوشی مشخص گردیده که طی سرویس دستگاه بیهوشی در روز قبل از وقوع حادثه، لوله های انتقال اکسیژن و گاز N_2O در داخل دستگاه توسط تکنسین تجهیزات پزشکی (سرویسکار شرکت ا) (به شماره ثبت ۲) سهواً جابجا شده و لذا در حین القاء بیهوشی به جای اکسیژن بیمار با گاز N_2O تهویه شده که نهایتاً منجر به فوت وی گردیده است. پزشکی قانونی نیز پس از کالبدگشایی علت فوت را کمبود اکسیژن در هوای تنفسی اعلام کرده است. بر این اساس اولیاءدم علیه کادر درمان اعلام شکایت کرده اند. شکوائیه جهت اظهارنظر کارشناسی از سوی دادسرای عمومی و انقلاب مشهد به هیأت بدوی ارجاع شده و هیأت بدوی با بررسی پرونده به شرح ذیل اعلام نظر می نماید.

نظریه کارشناسی هیأت بدوی انتظامی

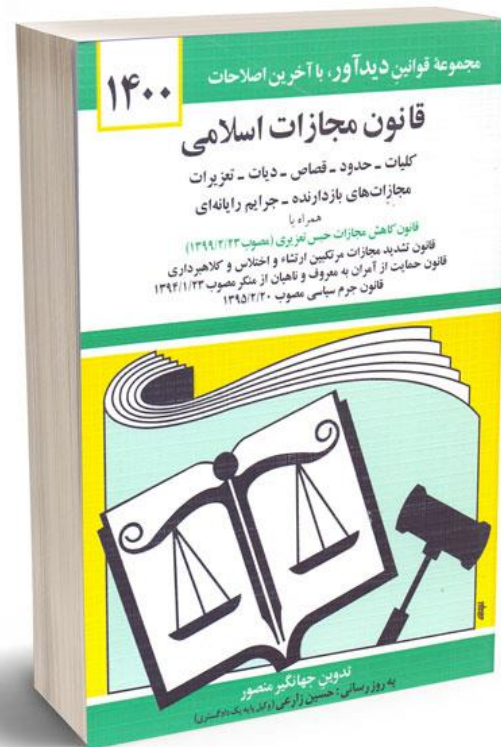
پرونده مورد بررسی قرار گرفت و توضیحات کادر درمان حضوراً در جلسه هیئت استماع گردید و در چند جلسه رسیدگی موضوع مورد بحث قرار گرفت. حسب دستورالعمل های صریح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز سازمان ملی استاندارد و همچنین تمامی منابع معتبر علمی در رشته بیهوشی، همه دستگاه های بیهوشی الزاماً باید مجهز به حس گر اکسیژن (O_2 analyzer) باشند که ترکیب شیمیایی گاز خروجی از ماشین بیهوشی را چک کرده و از وقوع حوادثی از این قبیل پیشگیری می کند و عملاً این تنها شیوه جلوگیری از وقوع عوارض ناشی از جابجا شدن گازهای بیهوشی است. علیرغم درخواست های انجام شده جهت تامین سنسور اکسیژن از سوی اتاق عمل طی سالهای منتهی به وقوع حادثه فوق، متأسفانه دستگاه بیهوشی بکار رفته در مورد بیمار فاقد حس گر اکسیژن بوده و لذا امکان تشخیص به موقع فقدان اکسیژن در هوای استنشاقی حتی در صورت چک کردن دقیق سایر اجزای دستگاه بیهوشی در شروع عمل برای متخصص بیهوشی فراهم نبوده است لذا مجموعاً دو عامل در فوت بیمار دخیل بوده اند: ۱- جابجا شدن سهوی لوله های انتقال اکسیژن و N_2O در داخل دستگاه بیهوشی حین سرویس روز قبل از حادثه که بدین لحاظ مسئولیت فوت به میزان پنجاه درصد به عهده شخصیت حقوقی شرکت ا) (به شماره ثبت ۲) است. ۲- عدم تشخیص به موقع فقدان اکسیژن در گاز خروجی از دستگاه بیهوشی حین القاء بیهوشی به دلیل نبود حس گر اکسیژن در خروجی دستگاه که پیگیری آن بعهده مسئول فنی بیمارستان بوده و بدین جهت پنجاه درصد مسئولیت فوت به عهده مسئول فنی وقت بیمارستان می باشد.

هیأت بدوی انتظامی

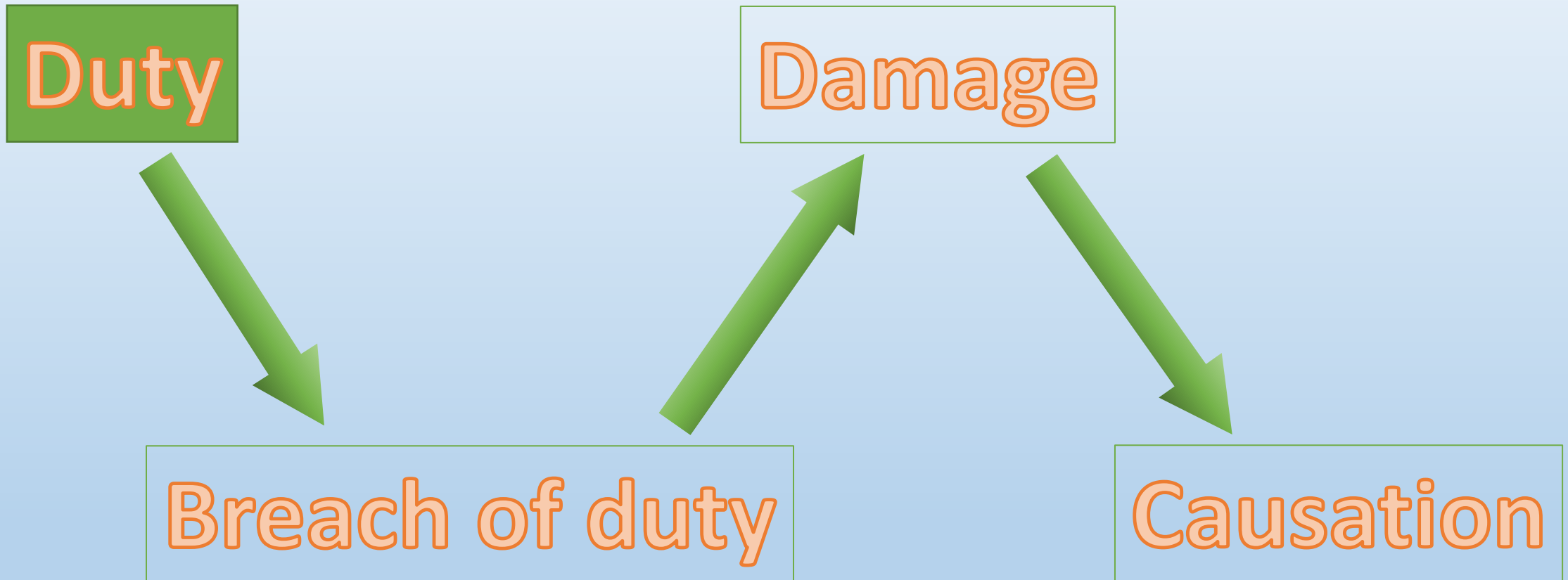
سازمان نظام پزشکی مشهد

مبانی کارشناسی پرونده های شکایات پزشکی ارجاعی از مراجع قضایی در هیئت های انتظامی

مطابق ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی و تبصره ۱ آن چنانچه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد و در صورت عدم قصور یا تقصیر در علم و عمل ، ضامن نمی باشد.



مبانی کارشناسی پرونده های شکایات پزشکی ارجاعی از مراجع قضایی در هیئت های انتظامی



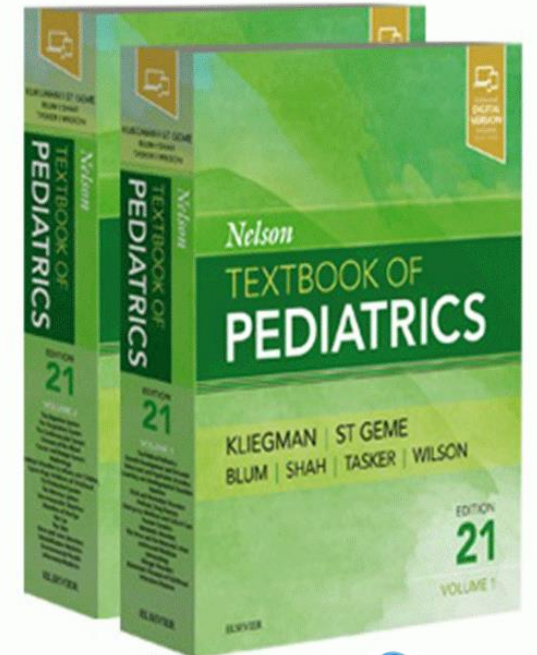
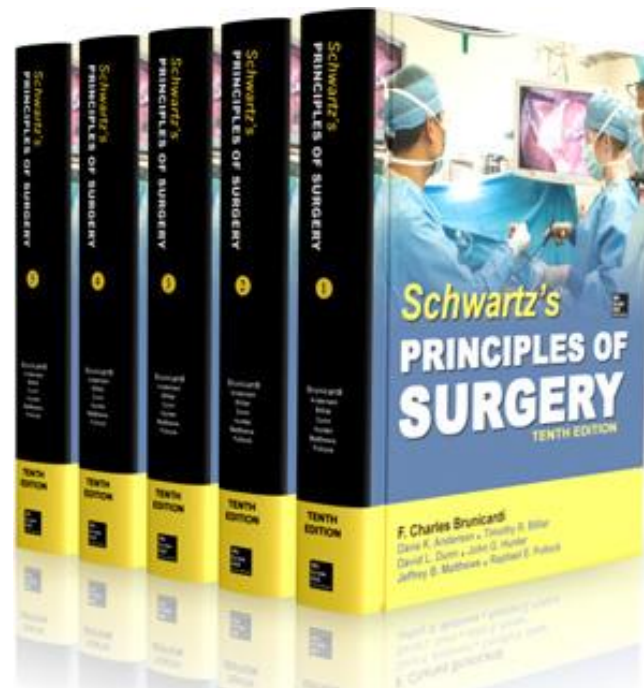
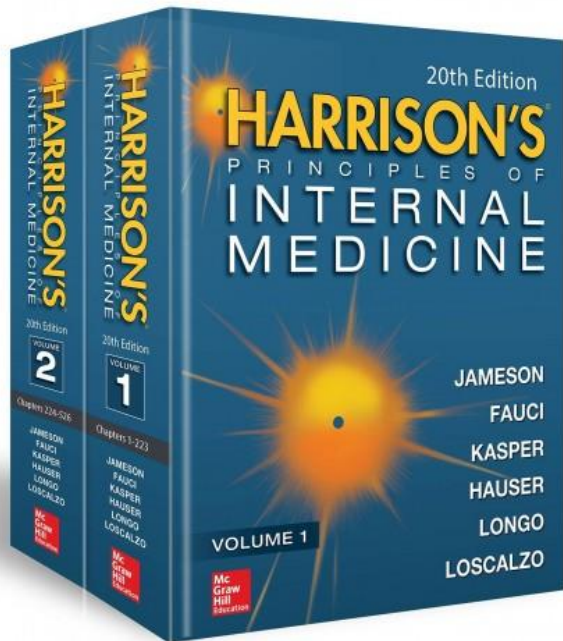
Duty = وظیفه

عبارت است از آنچه بر اساس موازین علمی و نظامات دولتی باید توسط شاغلین حرف پزشکی رعایت شود

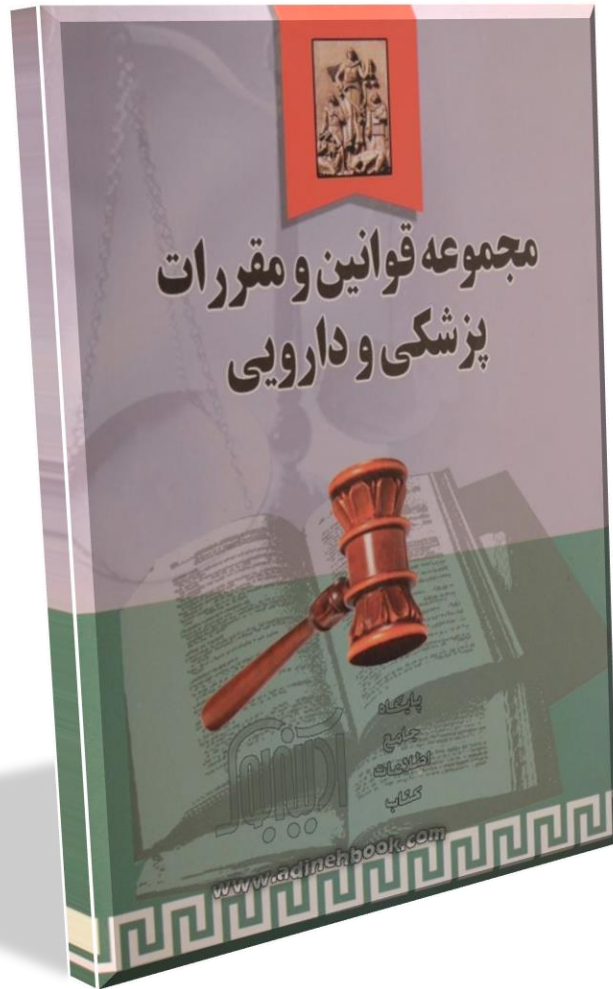


موازین علمی

عملکرد پزشک باید با اصول و موازین علمی در رشته خودش مطابقت داشته باشد. بخشی از این وظیفه و مسئولیت، تعهد فرد به فراگیری و حفظ سطحی از علم و مهارت و مراقبت است که اعضای دیگر همان حرفه که در شرایط مطلوب قرار دارند نیز بکار می گیرند.



نظامات دولتی



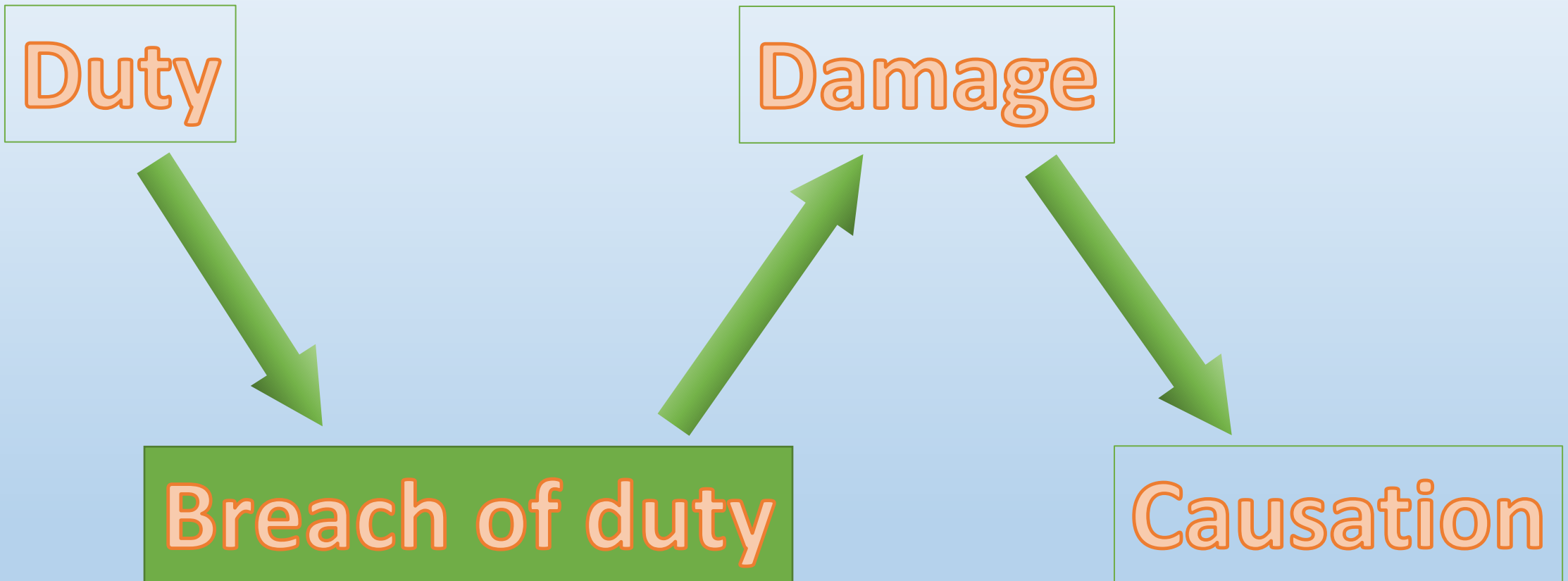
منظور از نظامات دولتی، کلیه قوانین و ضوابط و دستورالعمل های ناظر بر فعالیت شاغلین حرف پزشکی صادره از سوی مراجع صلاحیت دار اعم از نهادهای قانون گذاری، وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و سایر دستگاه های ذیصلاح می باشد.

شرح وظایف رشته ای

- ۱- رجوع به شرح وظایف تدوین شده جهت هر رشته از سوی وزارت بهداشت
- ۲- رجوع به کوریکولوم های آموزشی هر رشته
- ۳- رجوع به سایر ضوابط و دستورالعمل های بهداشتی درمانی و قوانین مصوب مجلس



مبانی کارشناسی پرونده های شکایات پزشکی ارجاعی از مراجع قضایی در هیئت های انتظامی



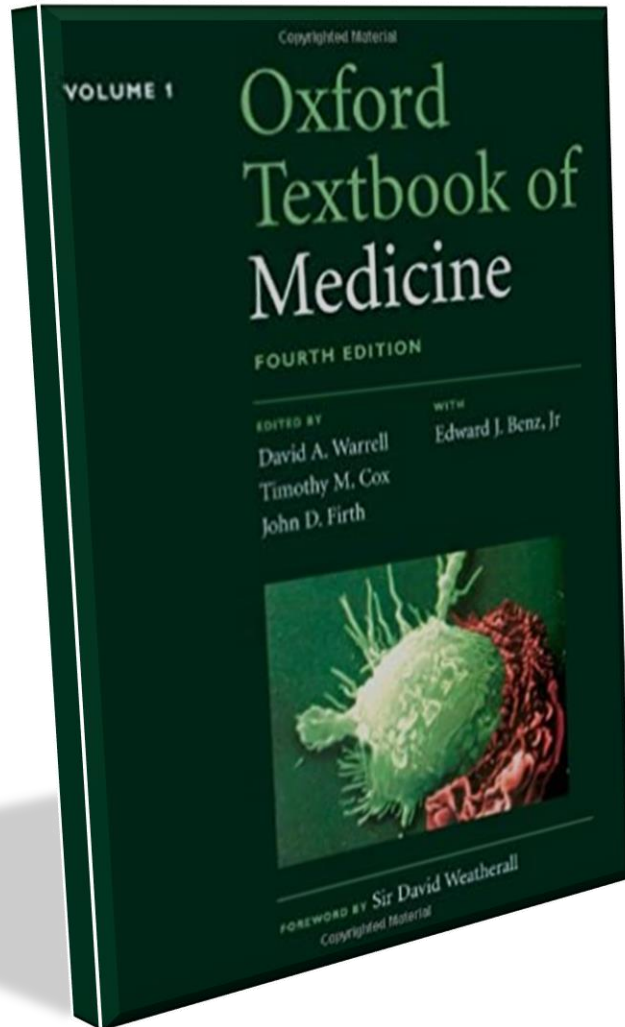
موازین علمی

معیار قصور پزشکی رفتار فردی **متعارف** از همان گروه و رده و با همان توان علمی و مهارت و آگاهی با در نظر گرفتن شرایط خاصی که فرد مورد شکایت در آن قرار گرفته است می باشد .

چنانچه پزشک خود را به لحاظ مهارت و تجربه ، بالاتر از آنچه هست به بیمار معرفی کرده باشد ملزم به رعایت استانداردهائی بالاتر نیز میباشد

حتی در شرایطی که غالب متخصصین یک رشته روش درمانی بخصوصی را ترجیح میدهند ، قانون چنین حکم نمی کند که این روش درمان بعنوان استاندارد مراقبت که براساس آن سایر پزشکان در آن رشته مورد قضاوت قرار بگیرند محسوب گردد .

موازین علمی



برای اینکه یک روش درمانی ،
در حد مراقبت استاندارد تلقی
شود کافی است که توسط یک
دانشکده پزشکی معتبر تایید
شده باشد.

نمونه ای از نظامات دولتی در حوزه پزشکی : تست پنی سیلین

شماره: ۶۵۸/۶۷۱۴۵
تاریخ: ۱۳۹۵/۰۴/۲۰
پیوست: دارد



معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

موضوع: دستورالعمل تست پنی سیلین - دانشگاهها

سلام علیکم:

با تقدیم احترام، بدینوسیله به اطلاع می‌رساند پیرو تماسهای مکرر همکاران گروه پزشکی از سراسر کشور و نیاز به یک دستورالعمل مشترک جهت انجام تست پوستی پنی سیلین، دستورالعمل موجود در پیوست نامه ارسال می‌گردد. این دستورالعمل با توجه به منابع موجود (چنانکه همکاران ما در دانشگاهها خود مستحضرنند)، زیر نظر ستاد مرکزی اطلاع رسانی داروها و سموم و سازمان نظام پزشکی تهیه شده است و در مرحله تصویب نهایی توسط شورایی عالی سازمان نظام پزشکی می‌باشد. خواهشمند است مراتب جهت استحضار و اطلاع همکاران به مراکز درمانی و ... ارسال گردد. بدیهی است، پس از تصویب نهایی سازمان نظام پزشکی، از طریق ارسال نامه ی اداری مجدداً اطلاع رسانی خواهد شد.

دکتر مهرناز حیراندیش
مدیر کل دفتر ارزیابی و کنترل
تجویز و مصرف کالاهای سلامت

تبصره ۱: تفسیر تست پنی سیلین و اخذ شرح حال حساسیت قطعی به پنی سیلین و مشتقات آن و سفالوسپورین ها تنها در صلاحیت پزشک است.

تبصره ۲: منظور از آزمون پوستی حساسیت به پنی سیلین ابتدا تست خراشی (prick test) و سپس تست داخل جلدی (Intradermal) می باشد.

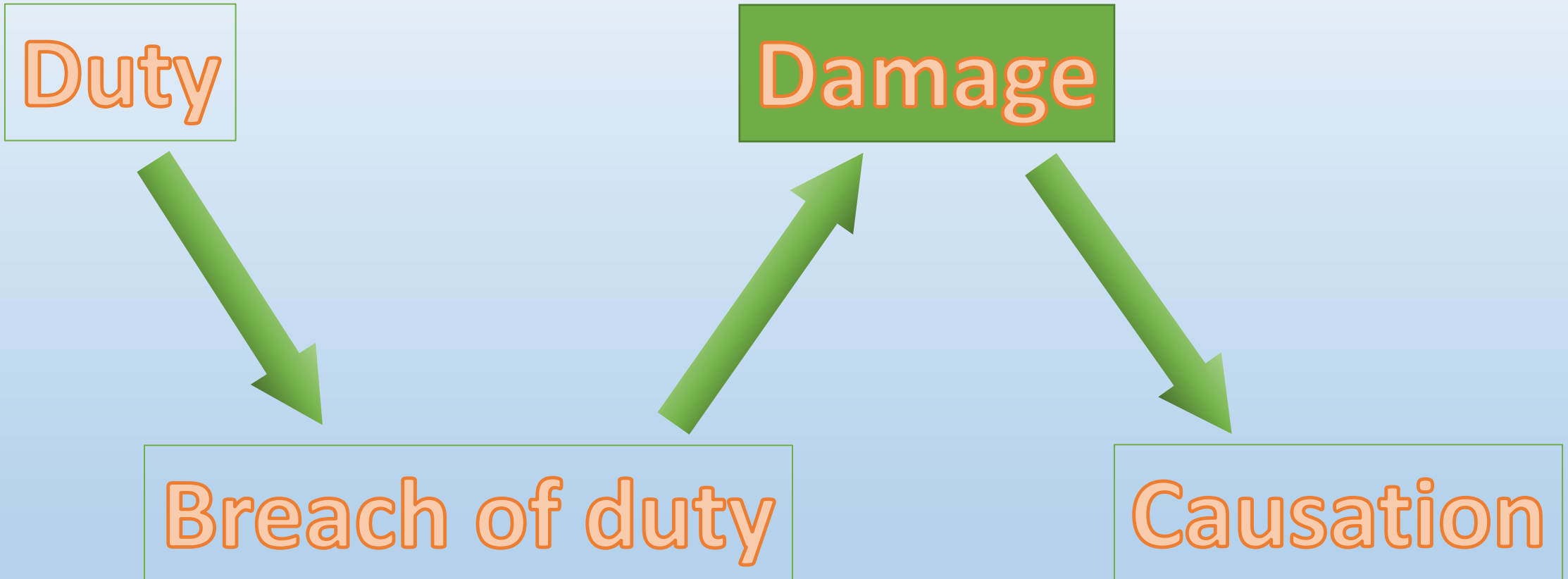
۳- تجهیزات و مراکز مجاز تزریق پنی سیلین:

کلیه درمانگاه ها، بیمارستان ها، مراکز جراحی محدود، مطب ها و سایر موسسات درمانی دارای پروانه، مجهز به تجهیزات و وسایل احیا و تحت نظر مستقیم پزشک.

تجهیزات شامل کلیه تجهیزات مورد نیاز جهت احیای قلبی، عروقی و تنفسی مانند وسایل ساکشن، کپسول اکسیژن، آمبویگ، وسایل انتوباسیون، وسایل کنترل فشار خون، سرم تزریقی سدیم کلراید 0.9% (نرمال سالین) و یا رینگرلاکتات، آمپول اپی نفرین، آنتی هستامین تزریقی (دیفن هیدرامین)، آمپول آمینوفیلین، آمپول هیدروکورتیزون وریدی می باشد.

تبصره ۵: تزریق آمپول پنی سیلین و انجام تست آن می بایست با تجویز پزشک و تحت نظر وی با ارائه نسخه انجام گیرد.

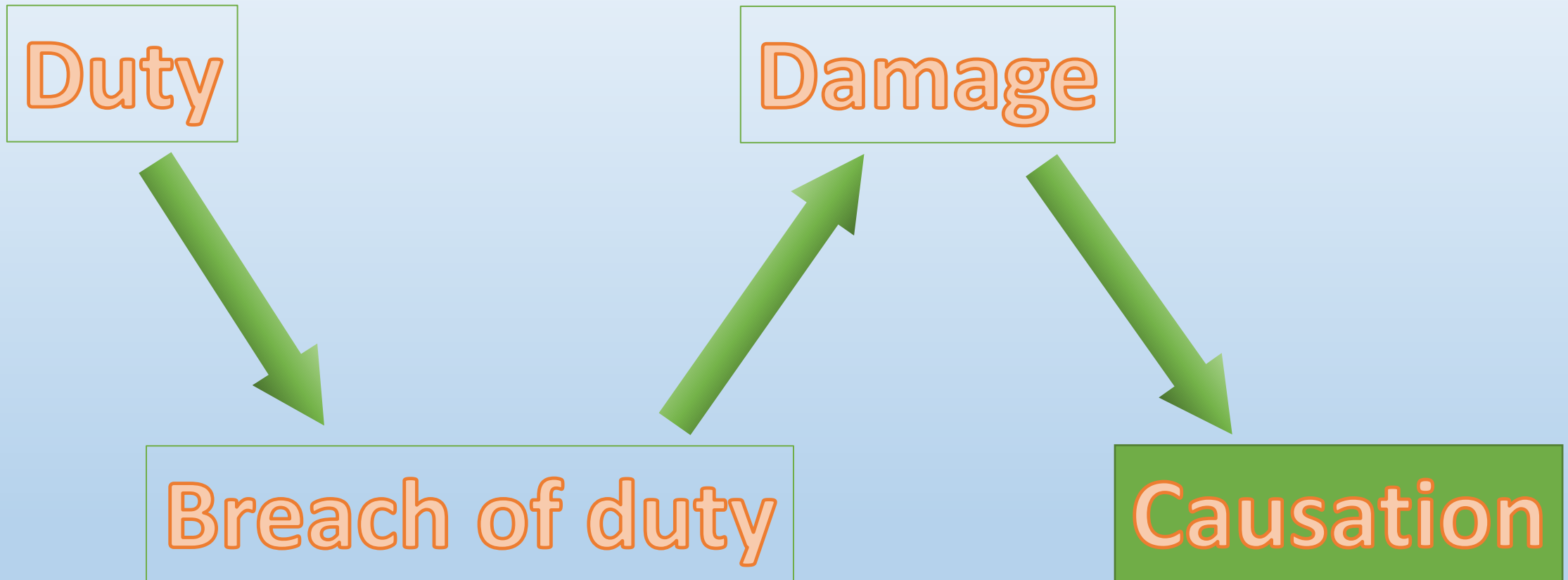
مبانی کارشناسی پرونده های شکایات پزشکی ارجاعی از مراجع قضایی در هیئت های انتظامی



خسارت

- شرط لازم برای تحقق مسئولیت مدنی پزشکی ورود ضرر به بیمار است و هر چند ممکن است پزشک مسامحه کار باشد ولی تا زمانی که خسارتی ایجاد نشده بیمار نمی تواند بر علیه پزشک اقامه دعوی نماید.
- ضرر یا خسارت عبارتست از آنکه نقص در اموال ایجاد شود یا منفعت مسلمی از دست برود یا به سلامت و حیثیت و عواطف شخصی لطمه وارد آید.
- صرف عدم بهبودی کامل یا نسبی بیمار فی نفسه ضرر محسوب نمی شود زیرا پزشک در قرارداد معالجه تعهد رسیدن به نتیجه (شفاء) نمی کند .

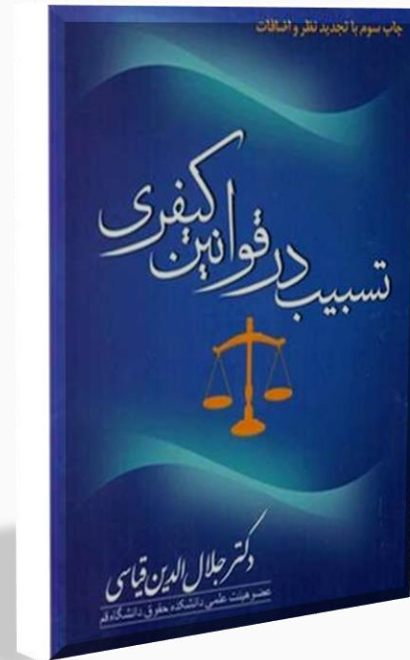
مبانی کارشناسی پرونده های شکایات پزشکی ارجاعی از مراجع قضایی در هیئت های انتظامی



رابطه سببیت :

برای تحقق مسئولیت مدنی پزشک وقوع خطا از جانب او و ورود ضرر به بیمار کفایت نمی کند ، بلکه لازم است که بین خطا و ضرر رابطه سببیت وجود داشته باشد .

ماده ۵۲۹ قانون مجازات اسلامی : در کلیه مواردی که تقصیر موجب ضمان مدنی یا کیفری است، دادگاه موظف است استناد نتیجه حاصله به تقصیر مرتکب را ابراز نماید



شرط ، سبب ، مباشر

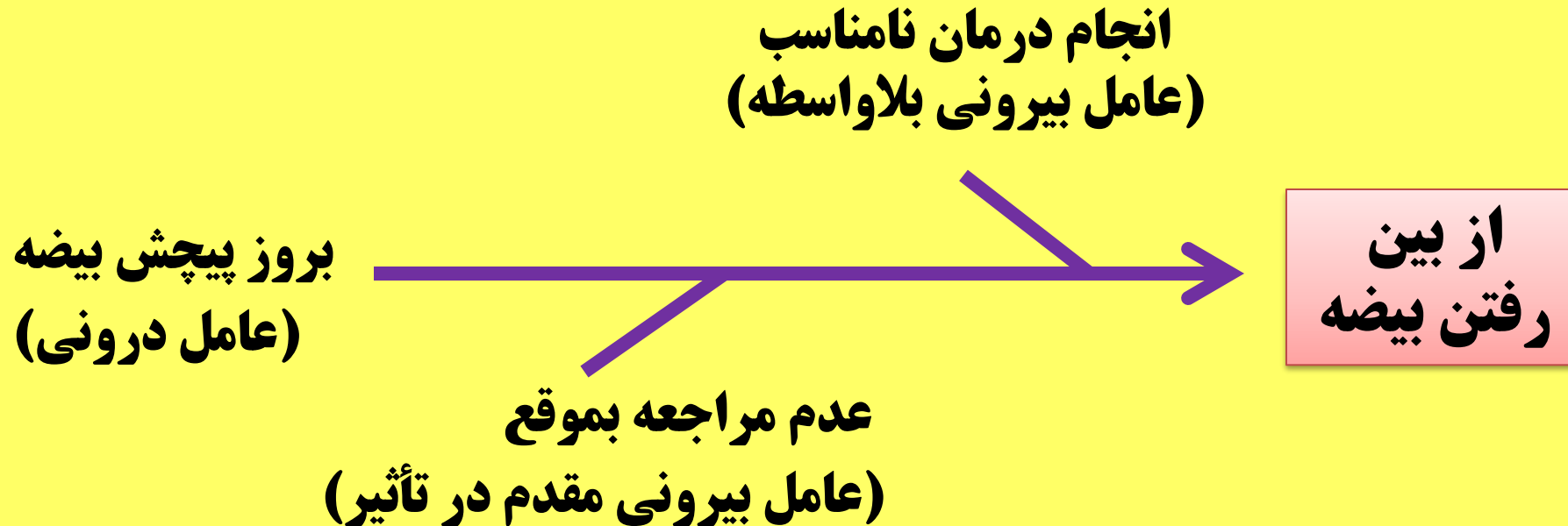
شرط : چیزی است که زمینه ساز حادثه است و از دید عرف حادثه منتسب به او نیست

سبب : کسی است که فعلی را با واسطه انجام می دهد

مباشر : کسی است که فعلی را بی واسطه و مستقیماً خود انجام می دهد

ملاک بی واسطه و با واسطه عرف است که احراز آن با قاضی است.

تأثیر گذاری عوامل مختلف می تواند به حالت های زیر صورت گیرد : الف - تأثیر گذاری در دنبال یکدیگر (طولی)



ب - تأثیر گذاری همزمان (عرضی)

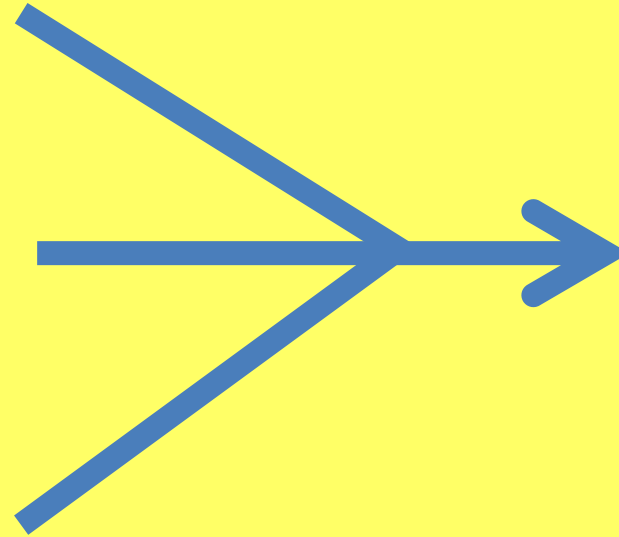
سهل انگاری جراح

+

سهل انگاری پرستار
سیر کوئر

+

سهل انگاری پرستار
اسکراپ

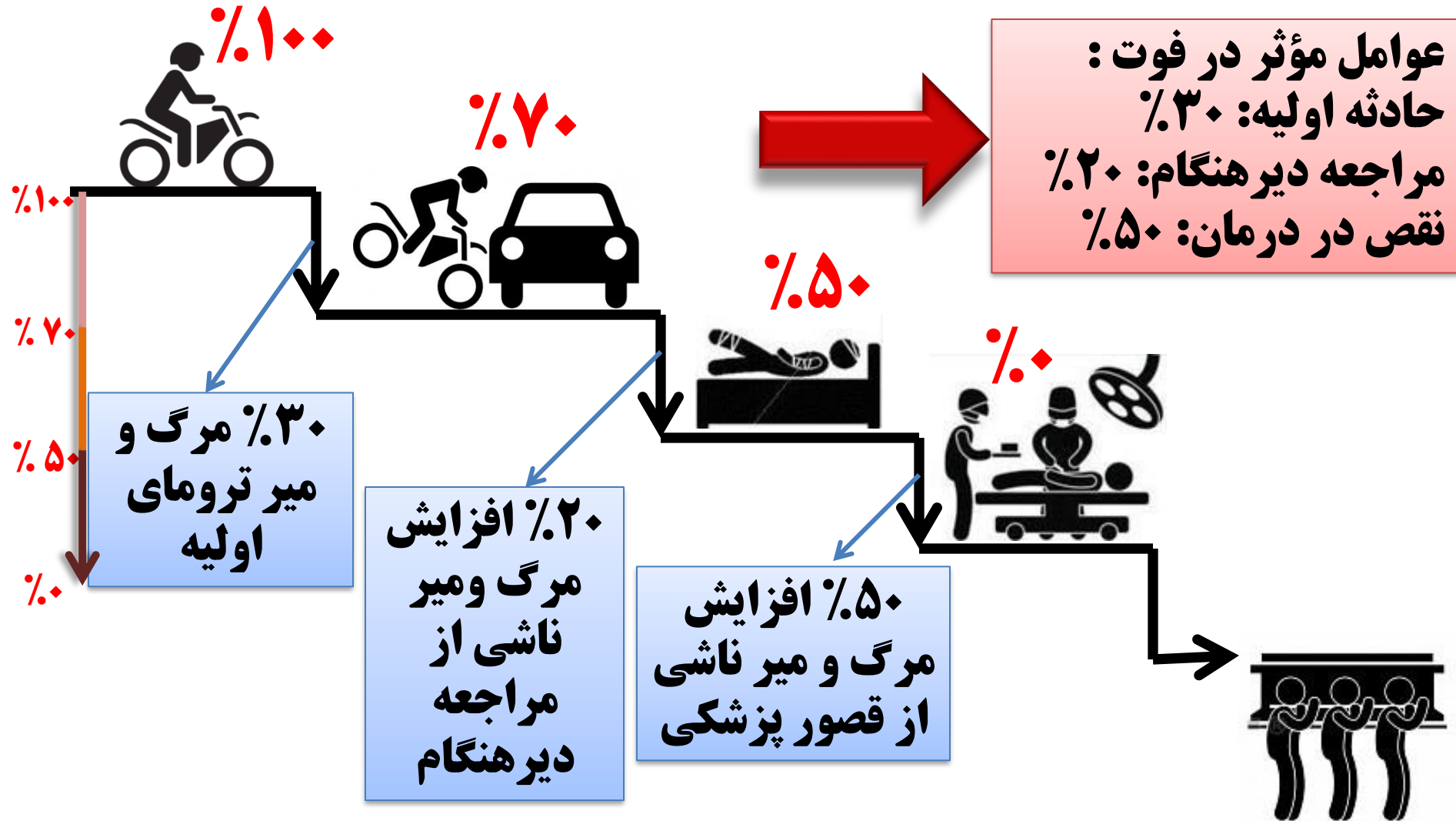


باقی ماندن جسم
خارجی در موضع
عمل جراحی

ماده ۵۲۶- قانون مجازات اسلامی

هرگاه دو یا چند عامل، برخی به مباشرت و بعضی به تسبیب در وقوع جنایتی، تأثیر داشته باشند، عاملی که جنایت مستند به اوست ضامن است و چنانچه جنایت مستند به تمام عوامل باشد به طور مساوی ضامن میباشند مگر تأثیر رفتار مرتکبان متفاوت باشد که در این صورت هر یک به میزان تأثیر رفتارشان مسؤول هستند.

نحوه بر آورد میزان تأثیر گذاری عوامل طولی در وضعیت نهایی شخص آسیب دیده بر اساس افت پیش آگهی



جداول موجود در ارزیابی میزان مرگ و میر سوانح

Table 1 Some Existing Trauma Scores, Scales, and Triage Acronyms

Year ^a	Abbreviations	Names	References
1970	AIS	Abbreviated injury scale	14
1971	TI	Trauma index	13
1974	GCS	Glasgow Coma Scale	2
1974	TISS	Therapeutic intervention scoring system	38
1974	ISS	Injury severity score	16
1980	TI	Triage index	10
1980	TRISS	Trauma-injury and severity score	18
1981	TS	Trauma score	10
1981	APACHE	Acute physiological and chronic health evaluation	34
1982	PGCS	Pediatric GCS	29
1987	PTS	Pediatric trauma score	28
1987	OIS	Organ injury scale (AAST)	14
1988	PRISM	Pediatric risk of mortality score	30
1989	AP	Anatomical profile	26
1989	RTS	Revised trauma score	11
1989	T-RTS	Triage version of RTS	11
1990	ASCOT	A severity characterization of trauma	43
1994	UST	Uniform scoring system for trauma (Utstein style)	48
1994	APSC	Acute physiology score for children	31
1996	ICD-9-CM	ICD-9 clinical modification based on AIS and ISS	43
1996	TOXALS TM	Toxic Advanced Life Support TM	93
1997	NISS	New ISS	25
2001	ASPTS	Age-specific pediatric trauma score	34
2002	PAAT	Pediatric age-adjusted TRISS	40
2003	START	Simple triage and rapid treatment	91

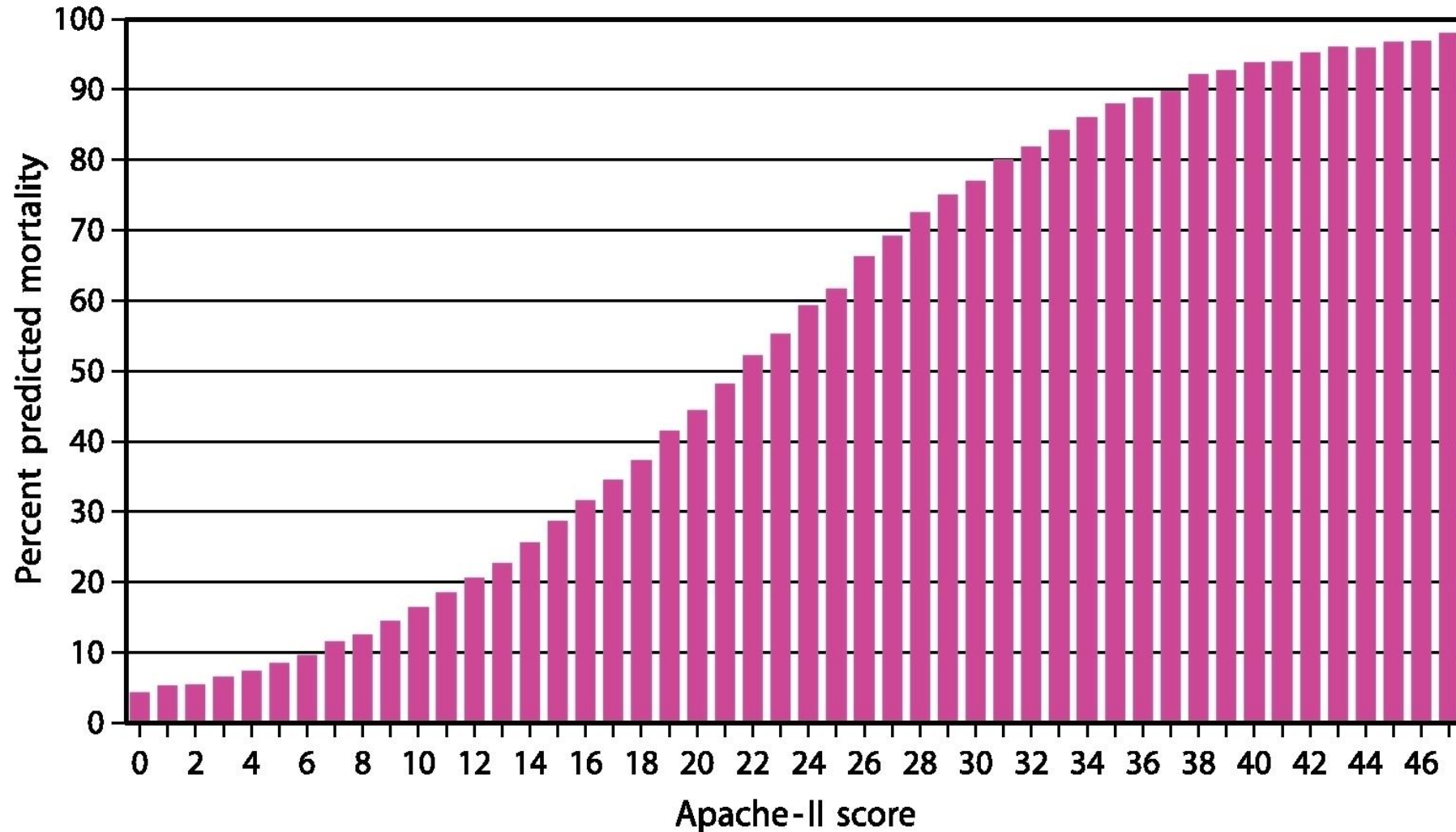
جدول APACHE II

PHYSIOLOGIC VARIABLE	HIGH ABNORMAL RANGE					LOW ABNORMAL RANGE			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
1. Temperature rectal (°C)	≥ 41° <input type="checkbox"/>	39°-40.9° <input type="checkbox"/>		38.5°-38.9° <input type="checkbox"/>	36°-38.4° <input type="checkbox"/>	34°-35.9° <input type="checkbox"/>	32°-33.9° <input type="checkbox"/>	30°-31.9° <input type="checkbox"/>	≤ 29.9° <input type="checkbox"/>
2. Mean arterial pressure	≥ 160 <input type="checkbox"/>	130-159 <input type="checkbox"/>	110-129 <input type="checkbox"/>		70-109 <input type="checkbox"/>		50-69 <input type="checkbox"/>		≤ 49 <input type="checkbox"/>
3. Heart rate (ventricular response)	≥ 180 <input type="checkbox"/>	140-179 <input type="checkbox"/>	110-139 <input type="checkbox"/>		70-109 <input type="checkbox"/>		55-69 <input type="checkbox"/>	40-54 <input type="checkbox"/>	≤ 39 <input type="checkbox"/>
4. Respiratory rate (non-ventilated or ventilated)	≥ 50 <input type="checkbox"/>	35-49 <input type="checkbox"/>		2 5-34 <input type="checkbox"/>	12-24 <input type="checkbox"/>	10-11 <input type="checkbox"/>	6-9 <input type="checkbox"/>		≤ 5 <input type="checkbox"/>
5. Oxygenation: A-aDO ₂ or PaO ₂ (mm Hg) a) FiO ₂ > 0.5: record A-aDO ₂ b) FiO ₂ < 0.5: record only PaO ₂	≥ 500 <input type="checkbox"/>	350-499 <input type="checkbox"/>	200-349 <input type="checkbox"/>		< 200 <input type="checkbox"/>				
					> 70 <input type="checkbox"/>	61-70 <input type="checkbox"/>		55-60 <input type="checkbox"/>	< 55 <input type="checkbox"/>
6. Arterial pH	≥ 7.7 <input type="checkbox"/>	7.6-7.69 <input type="checkbox"/>		7.5-7.59 <input type="checkbox"/>	7.33-7.49 <input type="checkbox"/>		7.25-7.32 <input type="checkbox"/>	7.15-7.24 <input type="checkbox"/>	< 7.15 <input type="checkbox"/>
7. Serum Sodium	≥ 180 <input type="checkbox"/>	160-179 <input type="checkbox"/>	155-159 <input type="checkbox"/>	150-154 <input type="checkbox"/>	130-149 <input type="checkbox"/>		120-129 <input type="checkbox"/>	111-119 <input type="checkbox"/>	≤ 110 <input type="checkbox"/>
8. Serum Potassium	≥ 7 <input type="checkbox"/>	6-6.9 <input type="checkbox"/>		5.5-5.9 <input type="checkbox"/>	3.5-5.4 <input type="checkbox"/>	3-3.4 <input type="checkbox"/>	2.5-2.9 <input type="checkbox"/>		> 2.5 <input type="checkbox"/>
9. Serum creatinine (mg/dl)	≥ 3.5 <input type="checkbox"/>	2-3.4 <input type="checkbox"/>	1.5-1.9 <input type="checkbox"/>		0.6-1.4 <input type="checkbox"/>		< 0.6 <input type="checkbox"/>		
10. Hematocrit (%)	≥ 60 <input type="checkbox"/>		50-59.9 <input type="checkbox"/>	46-49.9 <input type="checkbox"/>	30-45.9 <input type="checkbox"/>		20-29.9 <input type="checkbox"/>		< 20 <input type="checkbox"/>
11. White Blood Count	≥ 40 <input type="checkbox"/>		20-39.9 <input type="checkbox"/>	15-19.9 <input type="checkbox"/>	3-14.9 <input type="checkbox"/>		1-2.9 <input type="checkbox"/>		< 1 <input type="checkbox"/>
12. Glasgow coma score	15 - GCS = <input type="text"/>								
A Total acute physiology score (APS)	Sum of the 12 individual variable points = <input type="text"/>								
● Serum HCO ₃ (venous-mmol/l)	≥ 52 <input type="checkbox"/>	41-51.9 <input type="checkbox"/>		32-40.9 <input type="checkbox"/>	22-31.9 <input type="checkbox"/>		18-21.9 <input type="checkbox"/>	15-17.9 <input type="checkbox"/>	< 15 <input type="checkbox"/>

Glasgow Coma Scale (Circle appropriate response)	B Age Points	C Chronic Health Points	Apache-II Score (Sum of A + B + C)
Eyes open: 4-spontaneously 3-to verbal 2-to painful stimuli 1-no response Motor response: 6-to verbal command 5-localizes to pain 4-with draws to pain 3-decorbrate 2-decorabrate 1-no response	Age Points Age Points ≤ 44 0 45-54 2 55-64 3 65-74 5 ≥ 75 6 Age Points = <input type="text"/>	If any of the 5 CHE estegories is answered with yes give +5 points for non-operative or emergency postoperative patients. Liver • Cirrhosis with PHT or encephalopathy Cardiovascular • Class IV angina or at rest or with minimal self-care activities Pulmonary • Chronic hypoxemic or hypercapnoe or polycythemic of PHT > 40 mm Hg Kidney • Chronic peritoneal or hemodialysis Immune • Immune compromised host Chronic Health Points = <input type="text"/>	Apache-II Score (Sum of A + B + C) A APS points + B Age points + C Chronic Health points <hr/> = <input type="text"/> Total Apache-II

Fig. 6.1. APACHE II (Acute Physiological And Chronic Health Evaluation)

میزان مرگ و میر بر مبنای APACHE II



جدول MOD

■ MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION (MOD) SCORE

(See Table 1–8.) Score designed to describe the degree of organ dysfunction in critically ill patients. It correlates with intensive care and hospital mortality and intensive care unit length of stay as originally described.

Table 1-8 Multiple Organ Dysfunction Score

Organ System	0	1	2	3	4
<i>Respiratory</i> Pao ₂ /Fio ₂	>300	226-300	151-225	76-150	≤75
<i>Renal</i> Serum creatinine μmol/L (mg/dl)	≤100 (1.1)	101-200 (1.1-2.3)	201-350 (2.3-4)	351-500 (4-5.7)	>500 (5.7)
<i>Liver</i> Serum bilirubin μmol/L (mg/dl)	≤20 (1.2)	21-60 (1.2-3.5)	61-120 (3.6-7)	121-240 (7.1-14)	>240 (14)
<i>Cardiovascular</i> Pressure-adjusted heart rate*	≤10	10.1-15	15.1-20	20.1-30	>30
<i>Hematologic</i> Platelet count mL 10 ⁻³	>120	81-120	51-80	21-50	≤20
<i>Neurologic</i> Glasgow coma score**	15	13-14	10-21	7-9	≤6

*Pressure-adjusted heart rate = (heart rate × right atrial pressure)/mean arterial pressure.

**For patients receiving sedation or muscle relaxants normal brain function is assumed unless there is evidence of altered mentation.

میزان مرگ و میر بر اساس جدول MOD

MOD Score	Intensive Care Unit Mortality	Hospital Mortality	Intensive Care Unit Stay (days)
0	0%	0%	2
1-4	1-2%	7%	3
5-8	3-5%	16%	6
9-12	25%	50%	10
13-16	50%	70%	17
17-20	75%	82%	21
21-24	100%	100%	n.a.

Adapted from Marshall, J. C. et al. *Crit Care Med* 23 (1995), 1638-1652.

نحوه بر آورد میزان تأثیر گذاری عوامل طولی در وضعیت نهایی شخص آسیب دیده بر اساس افت پیش آگهی

عوامل مؤثر در فوت:
 بیماری اولیه: ۲٪
 تأخیر در رجوع به بیمارستان: ۳۰٪
 نقص درمان: ۶۸٪

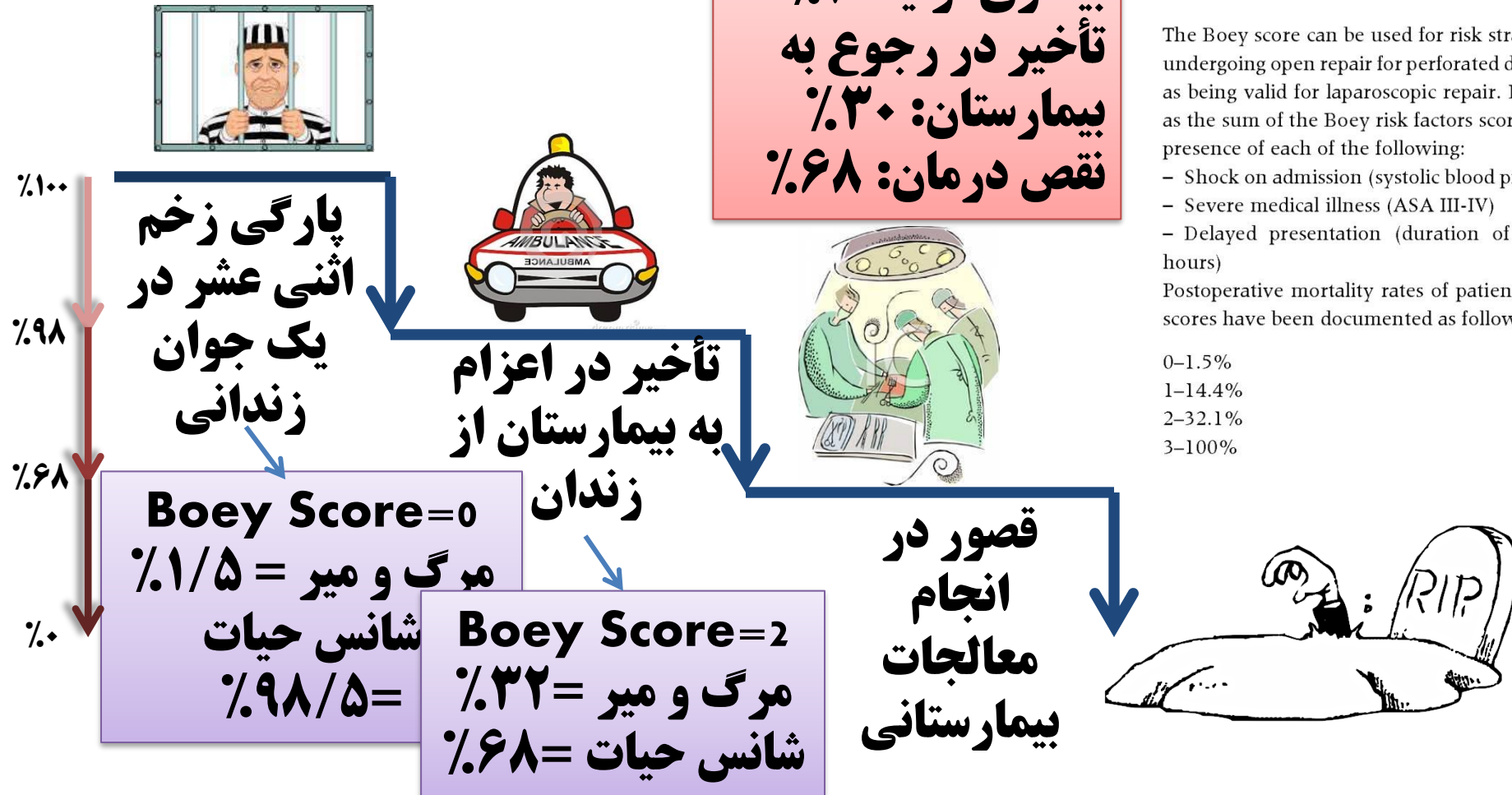
Boey risk factors

The Boey score can be used for risk stratification in patients undergoing open repair for perforated duodenal ulcer as well as being valid for laparoscopic repair. Boey score is defined as the sum of the Boey risk factors scoring one point for the presence of each of the following:

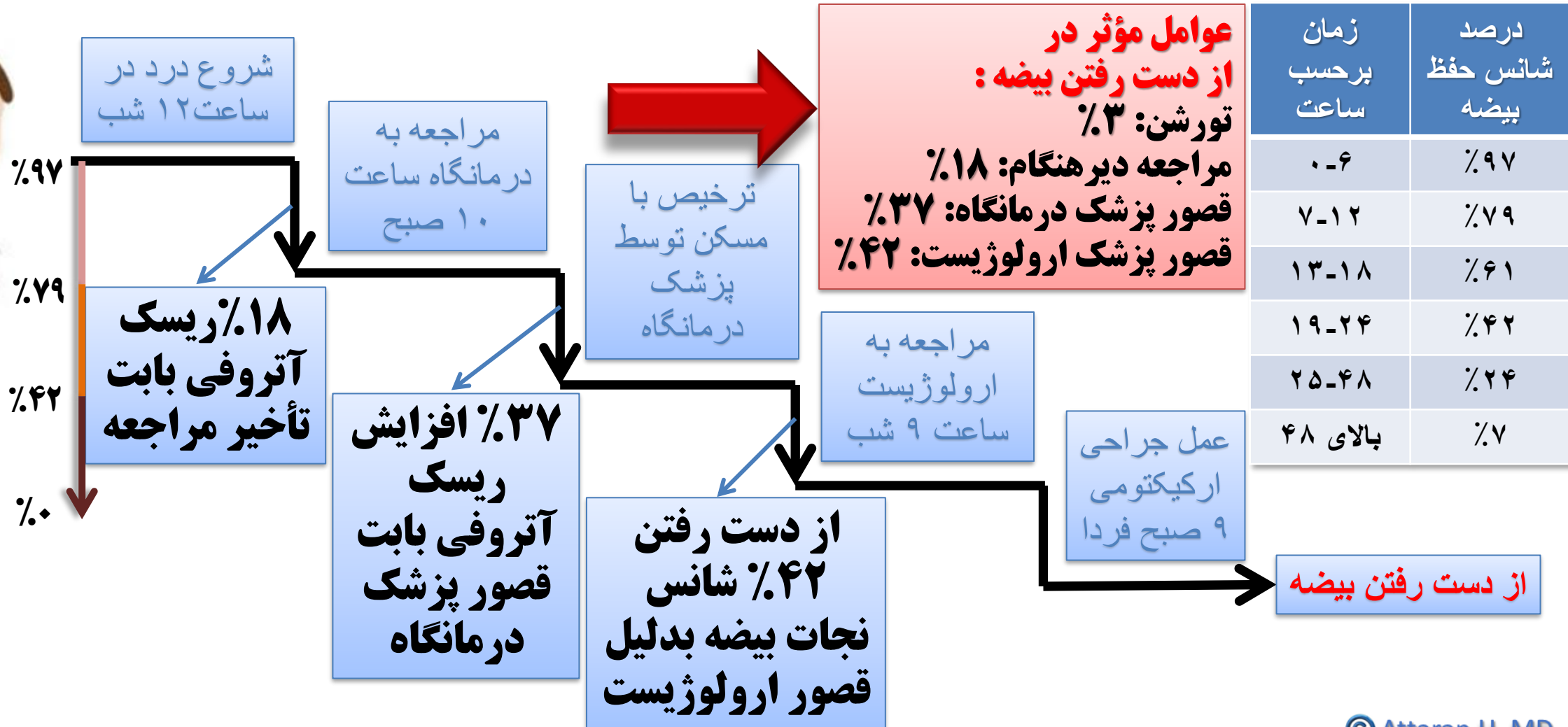
- Shock on admission (systolic blood pressure < 90 mm Hg)
- Severe medical illness (ASA III-IV)
- Delayed presentation (duration of symptoms over 24 hours)

Postoperative mortality rates of patients with various Boey scores have been documented as follows:

- 0-1.5%
- 1-14.4%
- 2-32.1%
- 3-100%



نحوه بر آورد میزان تأثیر گذاری عوامل طولی در وضعیت نهایی شخص آسیب دیده بر اساس افت پیش آگهی



نظر شعبه ی اول هیات عالی انتظامی

در خصوص نامه ی شماره ی ۱۳۹۹/۲۷۳/۳۲۷ مورخ ۱۳۹۹/۷/۳ رییس نظام پزشکی مشهد به نیابت از بازپرس محترم شعبه ی ۲۰۱ دادرسی عمومی و انقلاب ناحیه ۲ مشهد ناظر بر شکایت آقای وحید جاودانی ضیایی فرزند حسین علینه خانم دکتر [redacted] و سایر کادر درمانی، با توجه به مستندات پرونده و اظهار نظر کارشناسان هیات عالی (مورخ ۱۴۰۰/۳/۲ و ۱۴۰۰/۸/۱۶) و بررسی های عضو محقق پرونده اعلام می دارد؛ مادر ۳۶ ساله [GI] Post Date با نوارهای NST روز قبله به درستی بستری و تحت مراقبت قرار می گیرد. با توجه به مجموع یافته ها و معاینه کودک، تشخیص CP کوادروپلژیک مطرح است. طبق معاینه نورولوژی، بیماری های ژنتیک و متابولیک منتفی است. در MRI دو ماهگی آتروفی گلوبال کورتکس با شدت بیشتر طرف چپ و ساق دورانال اخیوزن یک طرفه مشهود است. خانم [redacted] (ماما) به واسطه مراقبت ناتافی از ضربان قلب جنین و تغییرات آن به میزان ۲/۵٪ (دو و نیم درصد) و خانم دکتر [redacted] به واسطه مدیریت نامناسب زایمان پرخطر (اینداکشن، مگونیوم و استرس و طولانی شدن مرحله دوم زایمان) و توجه نکردن به عوارض بی حسی اسپینال (اپیدورال ارجیح بوده است) به میزان ۷/۵٪ (هفت و نیم درصد) مرتکب قصور شده اند. نامشخص بودن کم و کیف مراقبت های دوران بارداری، مادر ۳۶ ساله [GI] Post Date (۴۰ هفته و ۵ روز)، مگونیوم رقیق، اینداکشن و طولانی شدن مرحله دوم زایمان، خطر بزرگی برای سلامت مادر و جنین در حوالی زایمان محسوب می شود. (۹۰٪)

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

جلسه هیات بدوی انتظامی شهرستان [] در تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۱۱ جهت رسیدگی به پرونده ۱۴۰۱/۷۸۶ مورخ ۱۴۰۱/۰۵/۱۲ ارجاعی از دادگستری با حضور ۸ نفر از اعضاء تشکیل گردید.

شاکی: خانم زهرا حسن زاده	کد ملی: []	منجر به: عارضه
آدرس شاکی: []	پ ۱۰ - []	تلفن: []
مشتکی عنه: آقای دکتر []	(متخصص جراحی مغز و اعصاب)	شماره نظام پزشکی: []
آدرس مشتکی عنه: []	۲	تلفن: [] - ۰۵۱

موضوع شکایت و سیر پرونده بطور خلاصه: بیمار خانم زهرا حسن زاده در تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۰۳ به دلیل دیسک گردن توسط آقای دکتر [] تحت عمل جراحی قرار می گیرد. که به علت پارگی مری در حین عمل دچار عارضه می شود. پس از بستری در بیمارستان قائم مشهد و بهبودی عارضه فوق، از پزشک معالج بدلیل عدم مهارت لازم شکایت می نماید، پرونده جهت طرح به هیات بدوی ارجاع گردیده است.

نظریه کارشناسی

رای هیات: با توجه به بررسی مستندات پرونده بالینی، نظریه کارشناسان و گزارش عضو محقق، آقای دکتر [] پزشک جراح بدلیل ایجاد عارضه قابل اجتناب حین عمل جراحی مرتکب قصور گردیده است. میزان قصور پزشک معالج در ایجاد عارضه ۲۵٪ (بیست و پنج درصد) اعلام می گردد. از

تقسیم مسؤلیت در اسباب عرضی

ماده - ۱۲۵ قانون مجازات اسلامی

هر کس با شخص یا اشخاص دیگر در عملیات اجرایی جرمی مشارکت کند و جرم، مستند به رفتار همه آنها باشد خواه رفتار هر یک به تنهایی برای وقوع جرم کافی باشد خواه نباشد و خواه اثر کار آنان مساوی باشد خواه متفاوت، شریک در جرم محسوب و مجازات او مجازات فاعل مستقل آن جرم است. در مورد جرایم غیر عمدی نیز چنانچه جرم، مستند به تقصیر دو یا چند نفر باشد مقصران، شریک در جرم محسوب میشوند و مجازات هر یک از آنان، مجازات فاعل مستقل آن جرم است.

تقسیم مسؤلیت در اسباب عرضی

ماده - ۵۳۳ قانون مجازات اسلامی

هرگاه دو یا چند نفر به نحو شرکت سبب وقوع جنایت یا خسارتی بر دیگری گردند به طوری که آن جنایت یا خسارت به هر دو یا همگی مستند باشد، به طور مساوی ضامن میباشند



با تشکر از توجه شما