

ADLI TIP BÖLÜMÜ TARAFINDAN YÜRÜTÜLMEKTE OLAN HİZMETLER:

1. Şahısların adli muayeneleri ve/veya tıbbi evraklarının incelenmesi sonucu adli kati raporların veya diğer adli raporların yazılması ile adli mercilere gönderilmesi ve bölümde arşivlenmesinin yapılması,
2. Kati raporlar dışındaki raporların düzenlenmek üzere gerekli hastane içi birimlere (sağlık kurulu, diğer uzmanlık alanına giren konularda ilgili klinik şefliğine v.b.) sevki, sağlık kurulu dışındaki raporların zamanında gönderilmesi ve arşivlenmesi,
3. Adli tıp uzmanlık alanına giren konularda sağlık kuruluna müracaat eden şahısların değerlendirilmesi ve görüş bildirilmesi ile diğer poliklinik muayenelerinin yapılması,
4. Hastanemizde ve il içinde mesai saatleri içinde ve dışında savcılık ve adli tıp şube müdürlüğü tarafından yapılan otopsilerde Ceza Muhakemesi Kanununun 87. maddesi gereği savcının resmi daveti ile ikinci uzman hekim olarak icabet edilmesi,
5. **Adli arşivin kurulması ve Adli Tıp Bölümüne bağlanması ile birlikte tamamıyla sorumluluk alanımızda olan** hastaneye ait tıbbi evrak örneklerinin ve filmlerin usulüne uygun olarak asıllarının geriye iade edilmek üzere başhekimlik adına üst yazı yazarak adli mercilere veya resmi kurumlara gönderilmesi,
6. Adli arşivin kurulmasından ve Bölümümüze bağlanmasından sonra adli vakalara ait yatış dosyalarının ve acil poliklinikten gönderilen adli vakalara ait film, direkt grafi ve diğer tetkik sonuçlarının günlük kayıtlarının ve listeleri yapılarak arşivlenmesi,
7. Acil Poliklinikte düzenlenen geçici raporların aylık listeleri yapılarak birer nüshasının arşivde saklanması, birer nüshasının da Kocaeli Cumhuriyet Savcılığına aylık dönemler halinde gönderilmesi,
8. Mesai saatleri dışında gerektiğinde cumhuriyet savcılığı tarafından gönderilen uzmanlık gerektiren adli olguların değerlendirilmesinde icaba gelerek değerlendirilmesi yapılmaktadır.

Adli Tıp Hizmetinin Yürütülme Şekli

A. Hastanemizin adli yazışmaları Adli Tıp Polikliniği ve buraya bağlı Adli Tıp Sekreterliği tarafından başhekimliğe bağlı olarak yürütülmektedir.

B. Adli merciler tarafından üst yazı düzenlenerek Hastanemizden adli tıp hizmeti istenmektedir. Bu üst yazılar sadece posta ile değil, adli raporu düzenlenmesi istenen şahıslar ile elden veya kolluk güçleri refakatinde gönderilebilmektedir.

1. Sadece "*posta yolu*" ile gelen evraklar evrak kayıttan geçerek hastane müdürünün imzası ve başhekim veya başhekim yardımcılarının havalesiyle adli tıp polikliniği sekreterliğine evrak kayıta görevli bir personel tarafından zimmetle teslim edilmektedir.

2. Şahıslar tarafından veya kolluk güçleri refakatinde şahıslarca "*elden getirilen*" üst yazılar sadece başhekim veya yardımcılarının şevki ile adli tıp polikliniği sekreterliğine hizmetin aciliyeti açısından (adli rapor) direkt olarak ulaştırılmaktadır.

C. Adli Tıp Sekreterliğine Üst Yazının Ulaşmasından Sonraki İşlemler:

1. Adli Tıp Sekreterliğine "posta" ile gelen, genel evrak kayıttan geçen üst yazılar ile şahıs veya kolluk kuvvetleri tarafından getirilen üst yazılar "sekreterlik kayıt defterine" kaydedilir.
2. Adli raporlar için varsa ilgili şahıs veya ilgili kolluk gücü tarafından, yoksa adli tıp sekreteri tarafından müracaattan adli tıp poliklinik girişi yapılır, numara alınır. Adli tıp sekreterliği her türlü işlemde bilgisayardan faydalanmaktadır.
3. Adli rapor düzenlenmesi isteniyorsa sekreterlik bilgisayarından ilgili şahsa ait hastane kayıt -işlem bilgilerine ulaşılır. Adli tıp uzmanı ile işbirliği içinde direktifleri doğrultusunda üst yazı gereğine göre evraklar hastane arşivinden,

servislerden, acil poliklinikten veya diğerk polikliniklerden araştırılarak temin edilir.

4. **Yatan hastalarda;** ilgili şahıslara ait yatış bilgileri ve dosya numarası bulunarak arşivden veya ilgili bölüm servis sekreterliğinden tüm yatışlarına ait dosyalar ile ayrıntılı tahakkuk fişii temin edilir.
5. **Ayaktan tetkik ve tedavi edildiğı tespit edilen hastalarda;** geçici adli raporu, acil poliklinik kayıt defteri fotokopisi, başvurusu varsa diğerk polikliniklere ait kayıt defter fotokopisi, çekilmişse arşivden, acil poliklinikten veya radyoloji bölümünden araştırılarak ilgili film ve grafiiler temin edilir.
6. Tüm adli olaya ilişkin kanıt niteliğı taşıyan tıbbi belgeler temin edildikten sonra poliklinik sıra numarası ile birlikte uzman hekime incelenmek üzere mevcutlu ise şahısla birlikte sunulur,
7. Adli Tıp Poliklinik defterine geliş tarihi ile birlikte üst yazı bilgileri kaydedilir, protokol numarası verilir.
8. Adli Tıp Uzmanı mevcutsa şahsı travmatik bulgular açısından muayene eder, gerekli film ve grafiilerinin çekilmesini, konsültasyonlarının yapılmasını sağlar, hastaya ait tüm tıbbi evrakı inceler, evraklarda eksik kaydedilen bilgileri ilgili hekimlerle görüşerek kayıtların tamamlanmasını sağlar, tüm araştırma, inceleme ve değerlendirmelerini tamamladıktan sonra adli mercilerin sorularını ayrıntılı ve gerekçeli olarak ilgili adli mercie hitaben rapor haline getirir. Poliklinik protokol numarası rapor sayısı olarak verilir. \
9. Adli raporlar uzman hekim tarafından bilgisayar çıktısı olarak 2 (iki) nüsha halinde düzenlenir. Tekrar incelenerek gerekirse son düzeltmeler yapılır ve imzalanarak, sekretere üst yazı ile birlikte teslim edilir. Poliklinik defterine kaydedilir.
10. TCK 161. ve CMK 332. maddelerince adli üst yazılara 10 günlük yasal süre içinde mutlaka cevap verilmesi sağlanır.
11. Adli tıp sekreteri rapora başhekimlik adına bir üst yazı düzenler, raporla birlikte başhekim veya yardımcılara imza/tasdik için sunar.
12. Üst yazı ve imzaları tamamlanan raporun bir nüshası, varsa ekleri ile birlikte boyutuna uygun zarf içine konularak elden takipli olduğı üst yazıda belirtilmediğı taktirde evrak kayıta zimmetle teslim edilir. Elden takipli olanlar ise sadece rapor sahiplerine veya yasal vekillerine ilgili mercie teslim edilmek üzere imza karşılığı verilir. Adli tıp sekreterliği kayıt defterine gönderme tarihi ve şeklinin kaydı yapılır.
13. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2005/143 sayılı genelgesi gereğı raporun aciliyetine, sağlık kuruluşunun iş yükü ve ulaşım imkanları dikkate alınarak "*evrak kayıttan*" sağlık kuruluşunca görevlendirilecek bir personel, taahhütlü posta veya APS, imkanlar varsa Elektronik İmza Kanunu uygulaması esaslarına göre elektronik ortamda adli mercie ulaştırılır.
14. İkinci adli rapor nüshasına muayane, konsültasyon notları da ilave edilerek Adli tıp polikliniğinde kilitli dolapta tutulan adli rapor dosyalarına yerleştirilir.
15. Adli tıp uzmanı dışındaki uzman doktorlar tarafından yazılan raporlar, sekreterlikçe daktilo edilip, üst yazısı da yazılarak ilgili hekim başhekim veya başhekim yardımcılara imzalatılarak bir nüshası ilgili mercie gönderilir, bir nüshası adli tıp sekreterliğinde bulunan rapor dosyasında arşivlenir, kayıtları tutulur.

D. Adli raporlar dışında üst mercilerden adli olaya taraf şahıslar hakkında düzenlenen tüm tıbbi evrak, film ve grafiilerin asılları veya örnekleri istenilmektedir.

- 1) Evrak kayıttan geçen üst yazılar adli tıp sekreterliğine elden evrak kayıttan görevli personelle teslim edilmekte, adli tıp sekreterlik kayıt defterine kaydı yapılmakta,
- 2) Adli tıp uzmanının bilgisi dahilinde istenilen evraklar arşivden, servis veya polikliniklerden temin edilerek fotokopileri aslı gibidir yapılmakta,
- 3) Başhekimlik adına iki nüsha halinde üst yazı düzenlenerek başhekim, başhekim

- yardımcıları, hastane müdürü veya müdür yardımcılarında imzaya sunulmakta,
- 4) İmzaları tamamlanan üst yazının bir adedi ekleri ile beraber boyutuna uygun zarf içine konularak, ağzı kapatılıp kayıt defterine kaydı geçirilerek zimmetle evrak kayıta elden teslim edilmektedir.
 - 5) Evrak kayıta görevli personel usulüne uygun olarak posta yolu ile hazırlanan evrakı usulüne göre geciktirmeden göndermekle yükümlüdür.
 - 6) Üst yazının ikinci nüshası adli tıp sekreterliğinde klasöre yerleştirilerek arşivlenmektedir.

E. Acil poliklinikte acil poliklinik hekimleri tarafından yazılan tüm geçici raporların aylık periyotlar halinde bilgisayarda listesi yapılarak cumhuriyet savcılığına gönderilmesi ve bir nüshalarının da sekreterlikte arşivlenmesi sağlanmaktadır.

YENİ TÜRK CEZA KANUNU'NDA TANIMLANAN YARALAMA SUÇLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ADLİ RAPOR TANZİMİ İÇİN REHBER

Bu Rehber üç bölümden oluşmaktadır. Birinci Bölüm, konuya genel bir bakış sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. İkinci ve Üçüncü Bölüm, Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ile Adli Tıp Derneği tarafından (Uzm. Dr. Sadullah Güzel, Doç. Dr. Yasemin Balcı ve Prof. Dr. Gürsel Çetin editörlüğünde) hazırlanan “Yeni Türk Ceza Kanunu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi” başlıklı metnin, Sağlık Bakanlığı tarafından adli tıp hizmeti sunan sağlık personelinin bilgilendirilmesi amacıyla biçimsel yönden düzenlenmiş halidir.

YENİ TÜRK CEZA KANUNU'NUN ADLİ TRAVMATOLOJİ İLE İLGİLİ MADDELERİ

GİRİŞ :

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 26.09.2004 tarihinde kabul edilerek 01.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu (TCK), *adli travmatoloji* açısından eski TCK’ya göre kısmen farklı tanımlar getirmektedir. Yeni TCK’nın *adli travmatoloji kapsamında hekimleri doğrudan ilgilendiren* maddeleri aşağıda verilmekte olup; maddelerle ilgili kısa açıklamalara maddenin hemen altında yer verilmekle beraber, bu maddeler incelendiğinde genel hatları ile dikkati çeken hususlar şunlardır:

a) Yaralama suçları, eski TCK’da 456, 457, 458 ve 459 ’uncu maddelerde yer alırken, yeni TCK’da da dört ayrı maddede tanımlanmaktadır: *Kasten Yaralama* başlıklı 86, *Neticesi Sebebiyle Ağırlaşmış Yaralama* başlıklı 87, *Kasten Yaralamanın İhmalî Davranışla İşlenmesi* başlıklı 88 ve *Taksirle Yaralama* başlıklı 89’uncu maddeler. Keza, tanımlanan bu eylemler, *İşkence* başlıklı 94’üncü ve *Neticesi İtibariyle Ağırlaşmış İşkence* başlıklı 95’inci maddelerde de (farklı cezalar öngörülerek) yer almaktadır. Sözüedilen maddelerde tanımlanan yaralama eylemleri şunlardır: Başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanma (Madde 86/1) Basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma (Madde 86/2) Yaşamı tehlikeye sokacak derecede yaralanma (Madde 87/1-d) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması (Madde 87/1-a) Konuşmada sürekli zorluk (Madde 87/1-b) Yüzde sabit ize neden olma (Madde 87/1-c) Gebe bir kadında çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olma (Madde 87/1-e) Kişinin iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya

bitkisel hayata girmesine neden olma (Madde 87/2-a) Duyulardan veya organlardan birinin işlevinin yitirilmesi (Madde 87/2-b) Konuşma yeteneğinin kaybı (Madde 87/2-c) Çocuk yapma yeteneğinin kaybolması (Madde 87/2-c) Yüzde sürekli değişikliğe neden olma (Madde 87/2-d) Gebe bir kadında çocuğunun düşmesine neden olma (Madde 87/2-d) Yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması (Madde 87/3)

b) Yeni TCK'da tanımlanan bu yaralama suçlarının büyük kısmı eski TCK'da yer alanlarla benzer veya karşılaştırılabilir nitelikte iken, bazı suçlar ise eski TCK'da yer almayan tamamen yeni tanımlamalardır. Bunlar, yeni TCK'nın 86'ncı maddesinin ikinci fıkrasında sözüedilen *basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma* ve 87'nci maddenin üçüncü fıkrasında sözü edilen *vücutta kemik kırılmasına neden olan yaralamadır*. Eski TCK'da yer alan *mutad iştigale devam edememe/mutad iştigalden mahrumiyet* kavramı ise yeni TCK'da yer almamaktadır. Eski TCK'da yer alan diğer kavramlar yeni TCK'da Türkçeleştirilerek korunmuştur. Mesela, hayatî tehlike, *yaşamı tehlikeye sokan durum*; çehrede sabit eser, *yüzde sabit iz*; uzuv zaafı, *organlardan veya duyulardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması* şeklinde yer almaktadır.

c) 86'ncı maddenin ikinci fıkrasında sözüedilen *basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma*, Kanunda öngörülen en hafif yaralama suçunu oluşturmaktadır. 87'nci maddenin birinci ve ikinci fıkrası *kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hallerini* içermekte olup; üçüncü fıkrada, *kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması* haline ilişkin ayrı bir düzenleme yapılmıştır.

d) Özetle, adli raporlarda, varsa travmanın sonucu artık *mutad iştigale devam edememe* şeklinde tanımlanmayacak; bunun yerine *basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu/olmadığı* değerlendirmesi yapılacak; *yaşamı tehlikeye sokan bir durum olup olmadığına* mutlaka yer verilecek; ayrıca, saptanmışsa *yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış diğer halleri* ayrı ayrı belirtilecektir. Keza, kemik kırığı saptanmışsa tanımlanacak ve hayat fonksiyonlarına etkisi belirtilecek, birden fazla kırık varsa skorlama yapılarak ağırlığı hesaplanacaktır. Bütün bu durumlara ilişkin ayrıntılı bilgiye Rehberin İkinci Bölümünde, eski ve yeni TCK'ya göre adli raporların düzenlenmesindeki farklılıklar hakkında fikir verebilecek karşılaştırmalı rapor örneklerine Üçüncü Bölümde yer verilmiştir.

2. ADLİ TRAVMATOLOJİ İLE İLGİLİ MADDELER

İKİNCİ KİTAP : Özel Hükümler

İKİNCİ KISIM : Kişilere Karşı Suçlar

İKİNCİ BÖLÜM : Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar

Kasten Yaralama

Madde 86-

(1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) (Ek: 31/3/2005-5328/4. md.) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

(3) (Değişik: 31/3/2005-5328/4. md.) Kasten yaralama suçunun;

a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,

- b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
- d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,
- e) Silahla, işlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Açıklama: Maddenin üçüncü fıkrasının (e) bendinde geçen *silâh* deyiminden, ateşli silâhlar; patlayıcı maddeler; saldırı ve savunmada kullanılmak üzere yapılmış her türlü kesici, delici veya bereleyici alet; saldırı ve savunma amacıyla yapılmış olmasa bile fiilen saldırı ve savunmada kullanılmaya elverişli diğer şeyler; yakıcı, aşındırıcı, yaralayıcı, boğucu, zehirleyici, sürekli hastalığa yol açıcı nükleer, radyoaktif, kimyasal, biyolojik maddeler anlaşılmalıdır (TCK, Madde 6). Yaralama suçunun silahla işlenmesi, daha fazla ceza öngörülen nitelikli hallerden biri olup; yaralama yukarıdaki silah tanımına uyan bir materyalle meydana gelmişse, ne tür bir aletle meydana getirilmiş olduğu adli tabipçe dikkatle değerlendirilmeli ve rapora kaydedilmelidir.

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama

Madde 87-

(1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Konuşmasında sürekli zorluğa,

c) Yüzünde sabit ize,

d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına, neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, (Değişik: 29.06.2005-5377/11. md.) üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, (Değişik: 29.06.2005-5377/11. md.) üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

(3) (Değişik: 06.12.2006 – 5560/4. md.) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar artırılır.

(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan oniki yıla kadar, (Değişik: 31.03.2005-5328/5. md.) üçüncü fıkrasına giren hallerde ise oniki yıldan onaltı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Açıklama: 87'nci maddenin birinci ve ikinci fıkrası, *kasten yaralama suçunun netice sebebiyle ağırlaştırıcı durumlarını* içermektedir. Üçüncü fıkrada, *kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması* haline ilişkin eski TCK'da yer almayan ayrı bir düzenleme yapılmıştır.

Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi

Madde 88- (Değişik: 31.03.2005-5328/6. md.) (1) Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir. Bu hükmün uygulanmasında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar göz önünde bulundurulur.

Açıklama: Bu maddede, *yaralanmanın ihmali davranışla işlenmesi halinde*, 86 ve 87'nci maddelere göre verilecek cezalarda üçte iki oranına kadar indirim öngörülmektedir. *Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenip işlenmediği hâkim tarafından belirlenecek bir husustur.*

Taksirle yaralama

Madde 89-

(1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- b) Vücudunda kemik kırılmasına,
- c) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- d) Yüzünde sabit ize,
- e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.

(3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,
- e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(4) Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(5) (Değişik: 06.12.2006 – 5560/5. md.) Taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır. Ancak, birinci fıkra kapsamına giren yaralama hariç, suçun bilinçli taksirle işlenmesi halinde şikâyet aranmaz.

Açıklama: Bu madde, kasten yaralama ile ilgili maddelerde tanımlanan yaralama eylemlerine burada da yer verildiği için alınmıştır. Görüleceği üzere, kasten yaralama eyleminin taksirle yaralama sonucu oluşması halinde verilecek cezaları kapsamakta olup; *bilinçli taksir* durumu hariç, takibat şikâyete bağlı olacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM : İşkence ve Eziyet

İşkence

Madde 94-

(1) Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Suçun;

- a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,
- b) Avukata veya diğerk kamu görevlisine karşı görevi dolayısıyla, işlenmesi halinde, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Fiilin cinsel yönden taciz şeklinde gerçekleşmesi halinde, on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) Bu suçun işlenişine iştirak eden diğerk kişiler de kamu görevlisigibi cezalandırılır.

(5) Bu suçun ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek cezada bu nedenle indirim yapılmaz.

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence

Madde 95-

(1) İşkence fiilleri, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- b) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- c) Yüzünde sabit ize,
- d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına, neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, yarı oranında artırılır.

(2) İşkence fiilleri, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(3) İşkence fiillerinin vücutta kemik kırılmasına neden olması halinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) İşkence sonucunda ölüm meydana gelmişse, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

Eziyet

Madde 96-

(1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin;

- a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,
- b) Üstsoy veya altsoya, babalık veya analığa ya da eşe karşı, işlenmesi halinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hüküm olunur.

BÖLÜM 2

YENİ TÜRK CEZA KANUNU'NDA TANIMLANAN YARALAMA SUÇLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. YARALANMALARIN TANIMLANMASI

1.1. Basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma

Yeni TCK'nın 86'ncı maddesinin ikinci fıkrasında yer verilen bu terim, ceza itibarı ile en hafif yaralanma grubunu ifade etmek için kullanılmıştır. *Basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde yaralanma*, hekimler tarafından farklı algılanabilecek, kişisel değerlendirme farklılıkları yaratabilecek bir durum gibi gözükmektedir. Adli yönden, hangi travmatik değişimlerin basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ya da giderilemeyecek nitelikte olduğu konusunda tüm hekimler tarafından kullanılabilir bir listeye ihtiyaç vardır. Bu Rehberde yer verilen liste oluşturulurken, basit tıbbî müdahalelerin ne olduğu ve nelerin basit tıbbî müdahale ile giderilebileceğinden öte hangi travmatik değişimlerin hafif derecede yaralanmalar içinde yer alması gerektiği gözetilmiştir.

1.2. Başkasının vücuduna acı veren/ sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanma

Yeni TCK'nın 86'ncı maddesinin birinci fıkrasında yer almakta olup, öngörülen ceza itibarı ile orta derece yaralanma grubunu tanımlamaktadır. *Kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma* tanımı, travmanın ruhsal etkilerini de kapsamaktadır. Kişilerin uğradığı travma sonrası oluşan ruhsal sağlık zararı da TCK kapsamında tanımlanmıştır. Hazırlanan Rehberde, *travma sonrası oluşan ruhsal zararın belirlenmesine yönelik kriterler*, liste içinde ayrı bir başlık altında değerlendirilmiştir.

1.3. Yaşamı tehlikeye sokacak derecede yaralanma

Yeni TCK'nın 87'nci maddesinin birinci fıkrasında yer alan bu tanım, eski TCK'nın 456'ncı maddesinin ikinci fıkrasında, *kişinin hayatını tehlikeye maruz kalma* şeklinde yer almakta idi. Bir yaralanma sonrası, kişinin yaşamının mutlak suretle tehlikeye maruz kalması, ancak gerek kendi vücut direnci ve gerekse tıbbî yardımla kurtulması durumunda kullanılır. Yani olay sırasında yaşamsal tehlikenin oluşmuş olması önemlidir. Ölüm olması gerekmez. Kişinin sonradan iyileşmesi de bu durumu değiştirmez. 'Ne olur ne olmaz' diyerek karar vermek yerine, her türlü tanı yöntemi kullanılarak başlangıçta doğru karar vermek önemlidir.

1.3.1. Yaşamı tehlikeye sokan bir duruma yol açan yaralanmalar

- Kafatası kırıkları
- Kafa içi kanama, kontüzyon, laserasyon
- Klinik bulgu veren beyin ödemi ve başlangıç Glasgow koma skorunun 8 ve altında olduğu bilinç kapallığı
- İlk üç servikal vertebra kırığı
- Vertebral kolonda hangi seviyede olursa olsun medulla spinalis hasarı (kontüzyon/laserasyon) ile medulla spinalis hasarının eşlik ettiği kırık, çıkık, disk yaralanması ve herniler
- İç organ yaralanmaları
- Büyük damar yaralanmaları
- Büyük damar veya iç organ yaralanması olmasa bile %20'den fazla kan kaybına işaret eden klinik tabloya yol açan yaygın ekimoz, hematoma ve laserasyonlar
- Medulla spinalis lezyonu
- İç organ lezyonu olmasa dahi göğüs ve batin boşluğuna penetre yaralanmalar
- 2. derece yanık (% 20'den fazla)
- 3. derece yanıklar (% 10'dan fazla)
- Kuduz hayvan ısırığı
- Elektrik çarpması (Giriş ve/veya çıkış lezyonu bulunması veya vücuttan elektrik akımının geçtiğini gösteren klinik bulguların varlığı)
- Ağır klinik tabloya yol açan zehirlenmeler (Bkz. İlgili bölüm)

1.3.2. Yaşamı tehlikeye sokan damar yaralanmaları

A. Carotis Communis, A. Carotis Interna, A. Carotis Externa, A./V. Facialis, A./V. Maxillaris, A./V. Occipitalis, A./V. Temporalis Superficialis, V. Jugularis Interna, V. Jugularis Externa, Truncus Brachiocephalicus, V. Brachiocephalica, A./V. Subclavia, A./V. Thoracica Interna (A. Mammaria Interna), A. Vertebralis, Truncus Thyreocervicalis, A./V. Thyroidea Inferior, A./V.

Thyroidea Superior, A./V. Lingualis, A./V. Axillaris, A./V. Brachialis, A. Ulnaris, A. Radialis, A./V. Femoralis (Superficialis), A. Profunda Femoris, A./V. Poplitea, A. Tibialis Posterior, A. Dorsalis Pedis, A. Dorsalis Penis, V. Dorsalis Penis Profunda, A. Sacralis Media, A. Intercostalis, A. Obturatoria, A. Glutea Superior, A. Glutea Inferior, A. Umbilicalis, V. Saphena Magna, A. Pudenda Interna, A. Spermatica, A. Testicularis/Ovarica, A. Uterina, A. Lienalis, A. Renalis.

1.4. Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması/yitirilmesi

Duyulardan veya organlardan birinde işlev zayıflaması, yeni TCK'nın 87'nci maddesinin birinci fıkrasında yer almaktadır. Eski TCK'nın 456'ncı maddesinin ikinci fıkrasında *havastan veya azadan birinin devamlı zaafı* şeklinde yer almakta idi. Yaralanmadan sonra bu durumun varlığının kabul edilebilmesi için, duyu veya organlardan birinin işlevindeki zayıflamanın sürekli olması gerekmektedir. *İşlev yitimi*, yeni TCK'nın 87'nci maddesinin ikinci fıkrasında yer almaktadır. Eski TCK'nın 456'ncı maddesinin üçüncü fıkrasında *havastan veya el veya ayaklardan birinin veya azadan birinin tatili* şeklinde yer almakta idi. Kişideki görme, işitme, koklama, tatma ve dokunma duyuları ile organlar ve ekstremitelerde (el, ön kol, kol, omuz, ayak, bacak, uyluk, kalça) oluşan anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk, her bir duyu, organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapı veya fonksiyonuna göre değerlendirilmelidir. Protez takılması durumunda da anatomik kayıp değerlendirilecektir. Vücutta çift olarak bulunan organlardan birinin işlevini tamamen yitirmesi halinde, diğer organ fonksiyon görmeye devam edebilir. Ancak, bu durumda da organın işlevinin zayıflaması değil, işlevin yitirilmesi sözkonusudur. Çünkü, Kanun metninde duyu ve organlardan birinin işlevinden söz edilmektedir. Organdaki veya ekstremitedeki anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluğun o organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapısı ve/veya fonksiyonuna göre %10-50 arasındaysa *işlevin sürekli zayıflaması*, % 50'nin üstünde ise *işlevin yitirilmesi* olarak değerlendirilmelidir.

1.5. Yüzde sabit iz - yüzün sürekli değişikliğine nedenolma

Eski TCK'da *çehrede sabit eser ve çehrenin daimi değişikliği* şeklinde yer alan kavramlardır. Oluşan yara az ya da çok iz bırakır; ancak, her iz yüzde sabit iz niteliğinde değerlendirilmez. Yaralanma esnasında, yüz sınırları içerisinde oluşan yaranın iyileştikten sonra bıraktığı iz, gün ışığında veya iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlararası sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda ise *yüzde sabit izden* bahsedilir. İzin, sabit iz olup olmadığının değerlendirilmesi açısından iyileşme sürecinin tamamlanmış olması gerekir.

Bu nedenle, adli tıp uygulamalarında, bu konudaki değerlendirme yaralanmadan en az altı ay sonra yapılmaktadır. Hekim gerek görürse bu süre uzayabilir. Eğer, yüz sınırları içinde oluşan yaralanmanın bıraktığı iz, o kişiyi önceden tanıyanların onu tanımada duraksamaya yol açacak şekilde yüzün doğal görünümünü bozmuş ise bu durumda yüzde sürekli değişiklikten bahsedilir. Buna örnek olarak ağır yanıklar ya da yüze kezzap atılması gibi kimyasal yanıklar verilebilir. Şimdiye kadar var olan adli tıp uygulamasında *çehre* denilince, üstte saçlı deri sınırı, yanlarda kulak sayvanlarının arka kenarları, altta alt çene kavsi ile sınırlı alan anlaşılmakta idi. Ancak, yeni TCK'nın gerekçesinde, yüz deyiminin, kişinin boyun ve kulakları dâhil başın ön kısmını ifade ettiği belirtilmektedir. Yeni TCK'ya göre "yüz" sınırları tanımlanacak olursa, *kişiyeye cepheden bakıldığında üstte saçlı deri sınırı (saçı dökülen ya da azalan kişilerde görülebilen frontal bölge dahil), yanlarda kulaklar dahil olmak üzere kulakların arkasından inen hayali düz çizgilerin her iki klavikula ile kesiştiği noktalar ile altta fossa jugularisten başlayıp yanlara doğru klavikularları takip eden çizgiler arasında kalan bölge* anlaşılmalıdır.

1.6. Konuşmada sürekli zorluk / konuşma yeteneğinin kaybı

Konuşma fonksiyonunu etkileyen kafa içi değişimler ile dil ve ses telleri gibi konuşmaya yardımcı yapılarda yaralanma olması durumunda değerlendirilir. Eski TCK'da da var olup Türkçeleştirilerek korunmuş kavramlardır. Konuşmada sürekli zorluk yeni TCK'nın 87'nci maddesinin birinci fıkrasında, konuşma yeteneğinin kaybı ikinci fıkrasında yer almaktadır.

1.7. Gebe bir kadında, çocuğunun vaktinden önce doğmasına / çocuğun düşmesine neden olma

Eski TCK'da da var olan tanımlamalar olup, *çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olma*, yeni TCK'nın 87'nci maddesinin birinci fıkrasında, *çocuğun düşmesine neden olma* ise ikinci fıkrasında yer almaktadır. Burada, erken doğum ya da düşük durumunun travma ile ilişkisinin kurulması esas olacaktır.

1.8. Kişinin iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa/ bitkisel hayata girmesine neden olma
Yeni TCK'da 87'nci maddenin ikinci fıkrasında yer alan ve cezayı arttıran hallerden biridir. Travma sonrası gelişen ve iyileşme olanağı bulunmayan akli arızaları da içermektedir. Eski TCK'da da var olup Türkçeleştirilerek korunmuş kavramlardır.

1.9. Çocuk yapma yeteneğinin kaybolması

Uterus, ovaryumlar ve testisler gibi üremeye yardımcı organları içine alan yaralanma durumlarında değerlendirilir. Aynı şekilde eski TCK'da da var olup Türkçeleştirilerek korunmuş kavramlardır.

1.10. Yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması

Yeni TCK'nın 87'nci maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan bir kavramdır. Kırığın kişinin hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre ceza öngörülmektedir. Bu konu ile ilgili değerlendirmelere ilgili bölümde yer verilmiştir.

2. YARALANMA AĞIRLIĞININ BELİRLENMESİ

Travmalı hastanın değişik amaçlar doğrultusunda değerlendirilebilmesi için, uluslararası araştırmacılar tarafından birçok fizyolojik ve anatomik skor sistemi geliştirilmiş ve geliştirilmeye devam edilmektedir. *Fizyolojik ve anatomik* olarak iki temel skor sistemi vardır. *Fizyolojik skor sistemleri* bilinç durumu, solunum, kan basıncı ve nabız gibi yaşamsal parametrelerin ölçümüne dayanmaktadır. Ölüm riski nedeniyle travma sonrası ilk durumun belirlenmesi, tedaviye verilen yanıt ve alınacak sonucun tahmin edilmesi gibi erken değerlendirmelerle hastanın uygun tedaviye yönlendirilmesi amaçlıdır. Adli tıp uygulamalarında, tedavisi yapılmış hastaların zaman zaman dosya üzerinden değerlendirilmesi gerekliliği, hasta dosyalarında sözü edilen parametrelerin düzgün ve standart bir biçimde yer almaması ve değerlendirmenin adli amaçla olması nedenleriyle; fizyolojik skor sistemlerinin adli tıpta, travma ağırlığının değerlendirilmesine sağlayacakları katkı sınırlıdır. *Anatomik skor sistemlerinin* yaralanan kişilerin ilk değerlendirmelerinde kullanımları sınırlı olmakla birlikte, bu skor sistemleri hasta dosyalarının değerlendirilerek sonuç alınması yönünden yararlıdır. Anatomik skor sistemlerinde, tüm yaralar sınıflandırılıp özellikleri tanımlanmakta, yaralanan her organa ve yaralanma derecesine göre ayrı puan verilmektedir. Dolayısıyla, adli tıp açısından travma ağırlığının değerlendirilmesinde belli kriterler çerçevesinde, temel anatomik bir skor sistemi olan Kısaltılmış Yara Skalası (Abbreviated Injury Scale- AIS)'ndan yararlanılmıştır. Kemik kırıkları hariç, Yasada *yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu* şeklinde tanımlanan yaralanmalara tablolarda "basit tıbbî müdahale ile giderilebilir"; Yasada *şahsın vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan* şeklinde tanımlanan yaralanmalara tablolarda "basit tıbbî müdahale ile giderilemez" şeklinde yer verilmiştir. Şahsın yaşamını tehlikeye sokan yaralanmalar da ayrıca belirtilmiştir. Kılavuzda, yeni TCK doğrultusunda raporların nasıl düzenleneceği konusunda değişik örnekler de sunulmuştur.

2.1. Deri, deri altı, kas dokusunu ilgilendiren travmatik değişimler

BTM: Basit Tıbbî Müdahale

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Tüm vücut alanına göre yüzey alanı yaklaşık olarak yüz ya da elde %5, vücudun diğer bölgelerinde %10'dan daha az olan abrazyon, kontüzyon ya da avülsiyonlar

Yüz ya da elde toplam 10 cm, vücudun diğer bölgelerinde toplam 20 cm'den küçük; cilt-cilt altına

penetre yaralanmalar

BTM ile Giderilebilir

Tüm vücut alanına göre yüzey alanı yaklaşık olarak yüz ya da elde %5, vücudun diğer bölgelerinde %10'dan fazla olan abrazyon, kontüzyon ya da avülsiyonlar

Yüz ya da elde toplam 10 cm, vücudun diğer bölgelerinde toplam 20 cm'den büyük laserasyonlar BTM ile Giderilemez

Saçlı deride 100 cm²'den az pediküllü flep yaralanmaları BTM ile Giderilemez

Saçlı deride, kanlanması bozulmuş, 100 cm².den fazla pedikülsüz flep yaralanmaları Yaşamsal Tehlike

Total ya da totale yakın skalp kaybı Yaşamsal Tehlike

Yaklaşık % 20'den fazla kan kaybına işaret eden klinik bulguların mevcut olduğu laserasyon ya da avülsiyonlar

Yaşamsal Tehlike

Mermi çekirdeği yaralanması; yumuşak doku seyirli; tek BTM ile Giderilebilir

Mermi çekirdeği yaralanması; yumuşak doku seyirli; birden fazla BTM ile Giderilemez

Saçma yaralanması; yumuşak doku seyirli; az sayıda BTM ile Giderilebilir

Saçma yaralanması; yumuşak doku seyirli; çok sayıda BTM ile Giderilemez

Yanıklar

1. derece yanık BTM ile Giderilebilir

1. derece: Beş yaş ve altında % 20'den fazla, BTM ile Giderilemez

2. derece: yüzey alanı %10'dan az (5 yaş altı çocuklarda %5'ten az) BTM ile Giderilebilir

2. derece: %10-20 (5 yaş altı çocuklarda %5-15) BTM ile Giderilemez

2. derece: %20'den fazla (5 yaş altı çocuklarda %15'ten fazla) Yaşamsal Tehlike

3./4. derece: %10'dan az BTM ile Giderilemez

3./4. derece: %10'dan fazla Yaşamsal Tehlike

Elektrik yaralanmaları

Vücuttan elektrik akımının geçtiğine dair pozitif bulgular mevcutsa ve/veya

Sağlık personeli tarafından kardiopulmoner resusitasyon uygulanmışsa

Yaşamsal Tehlike

* Eski listelerde "yaygın ekimoz" tanımı mevcut olmakla birlikte, kriterleri olmadığından uygulamada pek kullanılmamakta idi. Oluşturulan yeni listede böyle bir tanıma yer verilmemekle birlikte, kişinin yaşamını tehlikeye sokacak nitelikte "yaygın ekimoz-hematom-laserasyon ve avülsiyon(flep tarzı)" durumlarının olabileceği gözönüne alınmalı, bu tür durumlar klinikleriyle birlikte ayrıca değerlendirilmelidir.

2.2. Kafa bölgesini ilgilendiren travmatik değişimler

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Saçlı deri yaralanmaları (Bir önceki bölüme bkz.)

Kafa içi değişimler

Kafa içi tüm damarlardaki travmatik değişimler Yaşamsal Tehlike

Tüm kafa içi travmatik değişimler Yaşamsal Tehlike

Kranial sinir yaralanmaları (Diğer kafa içi değişimlerin eşlik etmediği) BTM ile Giderilemez

Bilinç durumu

Glasgow Koma Skoru: 14-15

Olay sonrası ilk gözlemede uyanık,

Belirlenmiş 5 dakikadan kısa süren geçici bilinç kaybı,

Travma sonrası 24 saatten kısa amnezi

BTM ile Giderilebilir

Glasgow Koma Skoru: 9-13 arası

Belirlenmiş 5 dakikadan uzun süren bilinç kaybı,

Travma sonrası bilinç kaybı olmamakla birlikte fokal nörolojik defisit (kranial sinir, hissi- motor belirti),

Travma sonrası 24 saatten uzun amnezi

BTM ile Giderilemez

Başlangıç Glasgow Koma Skoru 8 ve altında (bilinci kapalı) Yaşamsal Tehlike

* Eski listelerde var olan “klinik olarak commotio” kavramı kriterleri olmadığından uygulamada güçlükler neden olmakta, hatta pek kullanılmamakta idi. Bunun yerine bilinç durumu ile ilgili değerlendirmeler konuldu. Yine de, bazı klinisyenler halen “commotio” tanımını kullanmakta olduklarından, bu şekilde bir tanım olduğunda listede yazılı bilinç durumu kriterleri göz önüne alınarak bir değerlendirme yapılacaktır.

2.3. Yüz bölgesini ilgilendiren travmatik değişimler

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Yüz Bölgesi

Yüz bölgesindeki her türlü sinir lezyonu BTM ile Giderilemez

Kulak Lezyonları

Dış kulak yolu yaralanması BTM ile Giderilebilir

Hemotimpanium (Kaide kırığı yok) BTM ile Giderilebilir

Kulak kemiklerinde kemik zincir kopukluğu BTM ile Giderilemez

Denge aygıtında yaralanma (iç kulakta labirent kontüzyonu) BTM ile Giderilemez

Timpanik membranda yırtık BTM ile Giderilemez

Kulak kepçesinde kısmi basit kesikler BTM ile Giderilebilir

Kulak kepçesinde kısmi ya da total kopuk BTM ile Giderilemez

Göz Lezyonları

Göz kapağı/çevresinde ekimoz/hematom, yüzeysel laserasyonlar BTM ile Giderilebilir

Konjunktivada subkonjoktival kanama gibi görme bozukluğu yapmayan, şekil ve fonksiyonunu bozmayan yaralanmalar BTM ile Giderilebilir

Korneada perforasyona yol açmayan basit lezyonlar (abrazyon / kontüzyon) BTM ile Giderilebilir

Korneada perforasyon BTM ile Giderilemez

İris-Üvea-Vitreus Yaralanmaları (intraoküler kanama) BTM ile Giderilemez

Lensin travmatik lezyonları(subluksasyon, luksasyon, katarakt, hifema) BTM ile Giderilemez

Enükleasyon – Evisserasyon BTM ile Giderilemez

Gözyaşı kanallarının travmatik lezyonları BTM ile Giderilemez

Koroid rüptürü BTM ile Giderilemez

Retinanın travmatik lezyonları (ödem, laserasyon, dekolman, kanama) BTM ile Giderilemez

Skleral perforasyon BTM ile Giderilemez

Glob perforasyonu BTM ile Giderilemez

Travmatik sürekli epifora BTM ile Giderilemez

Travmatik pitozis BTM ile Giderilemez

Gözde trikiyazis, entropiyum, ekstropiyum BTM ile Giderilemez

Travmatik şaşılık (intrakraniyal patolojiye bağlı olmayan) BTM ile Giderilemez

Optik sinir lezyonu (intrakraniyal patolojiye bağlı olmayan) BTM ile Giderilemez

Burun- Ağız- Damak- Dil Lezyonları

Epistaksis BTM ile Giderilebilir

Dilde basit yaralanma BTM ile Giderilebilir

Dilde derin ve geniş laserasyon, kopma ya da kesiler BTM ile Giderilemez

Mukoza yaralanması BTM ile Giderilebilir

Stenon kanalı yaralanması BTM ile Giderilemez

Dış kayıpları BTM ile Giderilemez

Dişlerde subluksasyon, kron kırığı (Mine ve dentini ilgilendiren) BTM ile Giderilebilir

2.4. Boyun bölgesini ilgilendiren travmatik değişimler

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Boyun Bölgesindeki Organ Lezyonları

Larinkste (tiroid ve krikoid kartilaj dâhil) perforasyonsuz, tüm katları içermeyen mukozal yırtık tarzındaki laserasyonlar BTM ile Giderilemez

Larinkste (tiroid ve krikoid kartilaj dâhil) perforasyon ve tüm katları içeren laserasyon ile daha ağır Lezyonlar Yaşamsal Tehlike

Farinks ve retrofaringeal bölgede tanımlanmış her tür perporasyon ya da daha ağır lezyonlar Yaşamsal Tehlike

Tükrük bezlerinde kesi ya da duktal lezyonlarla birlikte olan lezyonlar BTM ile Giderilemez

Tiroid bezinde laserasyon BTM ile Giderilemez

Vokal kordlarda lezyon BTM ile Giderilemez

Tiroid kartilajda kırık veya kesi BTM ile Giderilemez

2.5. Göğüs bölgesini ilgilendiren travmatik değişimler

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Memede avülsiyon (kadınlarda) BTM ile Giderilemez

Hemo/pnömotoraksın eşlik ettiği yaralanmalar Yaşamsal Tehlike

Göğüs Bölgesindeki Organ Lezyonları

Lokal cilt altı amfizemi, organ lezyonu yok BTM ile giderilemez

Geniş cilt altı amfizemi Yaşamsal Tehlike

Trakea ve bronşlarda, laserasyon, perforasyon, avülsiyon, parçalanma (crush), rüptür, ayrılma (transsection) ve fraktürler

Yaşamsal Tehlike

Trakeostomi zorunluluğu Yaşamsal Tehlike

Diyafragmada laserasyon ve rüptür Yaşamsal Tehlike

Özefagusta her dereceden laserasyon, perforasyon, avülsiyon, parçalanma (crush), rüptür, ve ayrılma Yaşamsal Tehlike

Özefagusta nazogastrik beslenme gerektiren korozif madde yaralanmaları Yaşamsal Tehlike

Özefagusta darlık/yutma gücü oluşturmeyen ve beslenme desteği gerektirmeyecek derecedeki hafif korozif madde yaralanmaları

BTM ile giderilemez

Perikard tamponadı Yaşamsal Tehlike

Kalpde kontüzyon, laserasyon, perforasyon Yaşamsal Tehlike

Corda tendinea laserasyonu Yaşamsal Tehlike

Akciğerlerde kontüzyon ve laserasyon Yaşamsal Tehlike

Hemotoraks, pnömotoraks/tansiyon pnömotoraks, pnömomediastinum, hava embolisi Yaşamsal Tehlike

Yelken göğüs Yaşamsal Tehlike

2.6. Abdomen ve pelvisi bölgesini ilgilendiren travmatik değişimler

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Lümeni olan organlardaki (Mide, duodenum, jejunum, ileum, kolon, rektum, üreter, mesane, üretra, uterus ve safra kesesi) her dereceden laserasyon, perforasyon ve rüptürler

Yaşamsal Tehlike

Parankimal organlardaki (Böbrek, karaciğer ve dalak) subkapsüler hematoma, laserasyon ve rüptürler Yaşamsal Tehlike

Pankreas ve adrenal glanddaki kontüzyon(hematoma), laserasyon ve perforasyonlar Yaşamsal Tehlike

Retroperitoneal hemoraji ve hematoma BTM ile Giderilemez

Karın içinde kanama veya başka patoloji olmasa bile, eksplorasyon ya da radyolojik yöntemlerle tanısı

kesin olarak konulan peritonu delen yabancı cisim

Yaşamsal Tehlike

Mezenter ve omentum'da kontüzyon, laserasyon Yaşamsal Tehlike

Fallop tüpü ve ovaryumda laserasyon ve daha ağır lezyonlar Yaşamsal Tehlike
Plasentada abruption Yaşamsal Tehlike
(devam ediyor)

Yeni Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından
Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber 8

2.6. Abdomen ve pelvisi ilgilendiren travmatik değişimler (devam)

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Dış genital organlar

Testis'te kontüzyon (hematom)lar, minör/yüzeysel laserasyonlar BTM ile Giderilebilir
Skrotal hidrosel, hematosel BTM ile Giderilebilir

Testis'te major laserasyon ve daha ağır lezyonlar ile testis kaybı Yaşamsal Tehlike

Anüste kontüzyon (hematom) (sfinkter kusuru yoksa) BTM ile Giderilebilir

Anüste perforasyonsuz, katlarda kısmi lezyon şeklindeki laserasyonlar BTM ile Giderilemez

Anüste perforasyonlu/tüm katları içeren/doku kayıplı/yoğun, kompleks avulsiyon, rüptür ve
laserasyonlar

Yaşamsal Tehlike

Penis, vagina, vulva ve perinede kontüzyon (hematom), minör/yüzeysel yaralanmalar BTM ile
Giderilebilir

Penis, vagina, vulva ve perinede major laserasyonlar BTM ile Giderilemez

Peniste spongios doku yaralanması BTM ile Giderilemez

Peniste herhangi bir bölgeden amputasyon (glans/tam penis) Yaşamsal Tehlike

* Acil cerrahide, eksploratris laparotomiye yaklaşımdaki değişimler göz önüne alınarak
"eksploratris laparotomi" listelerden çıkarılmıştır. Aslolan oluşan lezyon
olup, buna göre travma ağırlığı belirlenecektir.

2.7. Vertebral kolon-medulla spinalis-periferik sinirleri ilgilendiren travmatik değişimler

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Tüm periferik sinirlerdeki yaralanmalar BTM ile Giderilemez

Pleksus Brakialis'teki sadece gerilme ile olan yaralanmalar BTM ile Giderilebilir

Pleksus Brakialis'teki diğer yaralanmalar BTM ile Giderilemez

Kord/kauda equina kontüzyon ve laserasyonu (Hangi derecede olursa olsun) Yaşamsal Tehlike

Disk yaralanması ve herni BTM ile Giderilemez

Disk yaralanması ve herni (kord hasarı varsa) Yaşamsal Tehlike

Kord kontüzyonu ve laserasyonunun eşlik ettiği kırık ya da çıkıklar Yaşamsal Tehlike

Facet kilitlenmesi-kayması BTM ile Giderilemez

İnterspinoz ligament laserasyonu (Hiperfleksiyon zorlanması) BTM ile Giderilebilir

Ani burkulma (akut sprain-whiplash) BTM ile Giderilebilir.

2.8. Üst ekstremiteleri ilgilendiren travmatik değişimler

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Kol, önkol veya parmaklarda soyulma (degloving) tarzında yaralanma BTM ile Giderilemez

Kompartman sendromuyla birlikte ekstremitte yaralanması BTM ile Giderilemez

Parmaklar hariç ekstremitenin herhangi bir yerinden amputasyon Yaşamsal Tehlike

Kas-Tendon ve Ligamanlar

Tendon laserasyon ve kopmaları BTM ile Giderilemez

Kas laserasyonu BTM ile Giderilemez

Eklem kapsülü laserasyonu BTM ile Giderilemez

Eklemler

Kontüzyon ve burkulmalar BTM ile Giderilebilir

Hemartroz, hidroartroz BTM ile Giderilemez

Crush

Omuz, dirsek ve bilekte kemik ve kıkırdakta yoğun tahribat, ekstremitenin tümü ya da bir kısmında
ezik

tarzında “crush” yaralanma
Yaşamsal Tehlike

2.9. Alt ekstremiteleri ilgilendiren travmatik değişimler

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Uyluk, baldır veya parmaklarda soyulma (degloving) tarzında yaralanma BTM ile Giderilemez
Kompartman sendromuyla birlikte ekstremitte yaralanması BTM ile Giderilemez
Parmaklar hariç ekstremitenin herhangi bir yerinden amputasyon Yaşamsal Tehlike

Kas-Tendon ve Ligamanlar

Tendon kopmaları BTM ile Giderilemez

Kas laserasyonu BTM ile Giderilemez

Eklem kapsülü laserasyonu BTM ile Giderilemez

Diz ve bilekte kolleteral/cruciate ligaman laserasyonu, meniskus yırtığı BTM ile Giderilemez

Eklemler

Kontüzyon ve burkulmalar BTM ile Giderilebilir

Hemartroz, hidroartroz BTM ile Giderilemez

3. VÜCUTTA KEMİK KIRILMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1. Değerlendirme yöntemi

Vücuttaki kemik kırıkları, kırığın hayat fonksiyonlarına etkisine göre HAFİF (1), ORTA (2-3) ve AĞIR (4-5-6) olarak sınıflandırılmıştır. Eklem çıkıkları da iskelet sistemindeki anatomik bozukluklar olduğundan, bu sınıflama içinde değerlendirilmiştir. Vücutta birden fazla kemik kırığı bulunması halinde hayat fonksiyonlarındaki etkinin saptanması açısından skorlamaya gidilmiştir (Tablolarda 6 değeri mevcut olmayıp bu dereceye skorlama sonucu varılacaktır). Bunun için şöyle bir hesaplama yapılacaktır:

Kırılan her bir kemiğin derecesi bulunacak, bunların kareleri alınarak toplanacak ve çıkan toplamın karekökü alınacaktır. Çıkan sonucun küsuratlı olması halinde; küsurat 0,5'den yüksek ise bir üst derece alınacaktır.

Örnekler

1- Kişide bir tarafta kapalı radius kırığı ve diğer tarafta açık radius kırığı olsun:

- Radius kırığının derecesi: 2

- Açık radius kırığının derecesi: 3

- İkisinin birlikte skorlanmış derecesi

$$\sqrt{2^2+3^2}=\sqrt{4+9}=\sqrt{13}=3,6\rightarrow 4$$

- Bu yaralanmada kırıkların toplamının hayat fonksiyonlarına etkisi AĞIR (4) olarak değerlendirilecektir.

2- Kişide üç adet falanks kırığı, metakarp kırığı ve açık radius kırığı olsun:

- Falanks kırığının derecesi: 1

- Falanks kırığının derecesi: 1

- Falanks kırığının derecesi: 1

- Metakarp kırığının derecesi: 2

- Açık radius kırığının derecesi: 3

$$\sqrt{1^2+1^2+1^2+2^2+3^2}=\sqrt{1+1+1+4+9}=\sqrt{16}=4$$

- Bu yaralanmada kırıkların toplamının hayat fonksiyonlarına etkisi AĞIR (4) olarak değerlendirilecektir.

Bu raporun sonucu şöyle yazılabilir: Vücuttaki kemik kırıklarının hayat fonksiyonlarına etkisi Hafif (1), Orta (2-3) ve Ağır (4-5-6) olarak sınıflandırıldığında ve birden fazla kırık olması nedeni ile skorlama yapılarak; kişide mevcut olan üç adet falanks, metakarp ve açık radius kırıklarının müştereken hayat fonksiyonlarını AĞIR (4) derecede etkileyeceği kanaatine varılmıştır.

3.2. Kırığın hayat fonksiyonlarını etkileme derecesi

3.2.1. Kafa bölgesi

a) Kafatası

- Kubbede tek başına lineer kırık (2)
- Kubbede çökme kırığı (4)
- Kaidede kırık (4)
- Etmoid kemiği kırığı (Kafa tabanını ilgilendirmeyen) (2)
- Etmoid kemiği kırığı (kafa tabanında kırık varsa) (4)
- Mastoidde çökme (4)
- Frontal sinüs dış lamina kırığı (2)
- Frontal sinüs iç lamina kırığı (3)
- Frontal sinüs iç-dış lamina kırığı (4)
- Styloid kırığı (müstakil) (1)
- Petros kemik kırıkları (4)

b) Yüz

- Burun kemiğinde lineer kırık veya uçta kopma kırığı (1)
- Burun kemiğinde parçalı kırık, çökme kırığı (2)
- Zigomatik kemikte lineer kırık (2)
- Zigomatik kemikte parçalı veya çökme kırığı (3)
- Maxillada kırık (Kapalı) (2)
- Maxillada kırık (Açık) (3)
- Lefort I (2)
- Lefort II (3)
- Lefort III (4)
- Mandibulada kırık (2)
- Mandibulada parçalı kırık (3)
- Mandibulada açık kırık (3)
- Temporo-mandibular eklem çıkığı (1)
- Alveol kırığı (2)
- Hyoid kırığı (2)
- Troid kıkırdak kırığı veya kesiği (2)

3.2.2. Göğüs bölgesi

- Clavikula kırığı (2)
- Clavikula açık kırığı (3)
- Sternoclavikular çıkık (1)
- Acromioclavikular çıkık (1)
- Acromiyon Kırığı (2)
- Sternumda kırık (2)
- Sternum Parçalı Kırığı (4)
- 1 kaburga kırığı (1)
- 1 kaburga kırığında birden fazla kırık (2)
- Skapulada kırık (çatlak, kopma kırığı, ayrıksız kırıklar) (2)
- Skapula kırığı (parçalı /ayrıklı/açık) (3)
- Glenoid ve boyun kırığı (2)
- Glenoid eklem içi kırığı (3)

3.2.3. Batın-pelvis bölgesi

a) Pelvis kemikleri

- İliak kemikte küçük kopma kırığı (1)
- İliak kemikte korpusta kırık (2)
- İliak kemikte korpusta açık kırık (3)
- İliak kanat kırığı (Duverney) (2)

- İliak kanat açık kırığı (3)
- İskion kırığı (2)
- Pubis kırığı (2)
- İskion pubis müşterek kırığı (3)
- Symphysis Pubis ayrılması (Basit; 0-5 cm arası) (3)
- Symphysis Pubis ayrılması (Ağır; 5 cm'den fazla) (4)
- Asetabulum kenar kırığı (tavan/üst dudak) (2)
- Asetabulum kubbe kırığı (taban) (3)
- Asetabulum kırıklı çıkığı (santral luksasyon) (4)
- Sakroiliak ayrılma (Kırık tek taraflı ise) (3)
- Sakroiliak ayrılma (Kırık çift taraflı ise) (4)
- İskion kırığı + pubis kırığı + sakroiliak ayrılma (Malgaigne) (Tek taraflı) (4)
- İskion kırığı + pubis kırığı + sakroiliak ayrılma (Malgaigne) (Çift taraflı) (5)
- Sakrum kırığı (2)
- Sakrum parçalı kırığı (3)
- Koksiks kırığı (2)

3.2.4. Omurga bölgesi

- Proc.Spinosus kırığı (2)
- Proc.Spinosus açık kırığı (3)
- Proc. transversus kırıkları (2)
- Proc. transversus açık kırığı/kırıkları (3)
- Lamina kırığı (4)
- Lamina açık kırığı (4)
- Korpus kopma kırığı (2)
- Korpus açık kopma kırığı (3)
- Korpus kırığı (3)
- Korpus çökme kırığı (% 20'den az) (3)
- Korpus çökme kırığı (% 20'den çok) (4)
- Korpus açık çökme kırığı (4)
- Omur kayması (nörolojik defisitsiz) (2)
- Omurganın kırıklı çıkıkları (instabil) (4)
- Omurganın kırıklı çıkıkları (instabil-açık) (4)
- Faset Kırığı (4)
- Pedikül Kırığı (4)
- Jefferson kırığı (4)
- Hangman kırığı (4)

3.2.5. Etraf bölgesi

- Omuz çıkığı (Akromio-klaviküler) (1)
- Habitüel omuz çıkığı (1)
- Omuz çıkığı (Gleno-humeral) (2)
- Sterno-klaviküler çıkık (2)
- Omuz çıkığı+tuberkulum majus kırığı (3)
- Humerus cisim kırığı (3)
- Humerus cisim parçalı kırığı (4)
- Humerus cisim açık parçalı kırığı (5)
- Humerus collum chirgicum/anatomicum kırığı (4)
- Humerus collum chirgicum/anatomicum açık kırığı (5)
- Humerus suprakondiler kırığı (3)
- Humerus suprakondiler açık kırığı (4)

- Humerus medial ve lateral (birlikte) epikondil kırığı (2)
- Epikondil kırığı (Basit kopma kırığı) (1)
- Kondil kırığı (medial-lateral/eklemiçi/kondil T ve Y kırıkları) (4)
- Açık kondil kırığı (5)
- Humerus tuberculum majus kırığı (2)
- Dirsek çıkığı (2)
- Dirsek kırığı (açık) (3)
- Radius cisim kırığı (2)
- Radius cisim açık kırığı (3)
- Radius alt uç kırığı (Pouteau-Colles) (2)
- Ters PC kırığı (Smith Goyrand) (2)
- PC + Stlyoid kırığı (2)
- Styloid kopma kırığı (1)
- Radius boynu kırığı (2)
- Radius başı kırığı (2)
- Radius distal eklem içi kır.+karpal çıkık (Barton) (3)
- Radius başı çıkığı (2)
- Radius başı kırığı (açık) (3)
- Ulna cisim kırığı (2)
- Ulna cisim açık kırığı (3)
- Troklear kırık (2)
- Troklear kırık (açık) (3)
- Olekranon kırığı (2)
- Olekranon kırığı (açık) (3)
- Ulna 1/3 üst kırığı + Radius başı çıkığı (Monteggia) (3)
- Monteggia (açık) (4)
- Ulna alt uç kırığı + Radius kırığı (Galeazzi) (2)
- Galeazzi (açık) (3)
- Dirsekte üçlü kapalı kırık (4)
- Dirsekte üçlü açık kırık (Side-wipe) (4)
- Bilek (karpal) kemiklerinde kırık (2)
- Bilek (karpal) kemiklerinde açık kırık (3)
- Bilek (karpal) kemiklerinde açık parçalı, ezik şeklinde kırık (4)
- Metakarp kırığı (2)
- Metakarp açık kırığı (3)
- Metakarp kırıklı çıkığı (3)
- Karpometakarpal çıkık (1)
- Karpometakarpal açık çıkık (2)
- Metakarpofalangeal çıkık (1)
- Metakarpofalangeal açık çıkık (2)
- Baş parmak metakarp kırığı (Bennet; kişinin kendi eylemiyledir) (2)
- 5. metakarp boyun kırığı (Boksör kırığı; kişinin kendi eylemiyle) (2)
- El parmak kemiği kırığı, çıkığı (1)
- El parmak kemiği açık kırığı/kırıklı çıkığı (2)
- Tırnak düzeyinden amputasyon (1)
- Parmağın herhangi bir düzeyden amp. veya dezartikülasyonu (2)
- Başparmak interfalangeal eklemüstü amp. (2)
- Kalça eklemi çıkığı (asetabulum üst dudak kırıklı veya

kırıksız) (4)

- Femur başı kırığı (4)
- Femur başı açık kırığı (5)
- Femur boynu (kollum) kırığı (4)
- Femur boynu açık kırığı (5)
- Intertrokanterek kırık (4)
- Intertrokanterek açık kırık (5)
- Subtrokanterek kırık (4)
- Subtrokanterek açık kırık (5)
- Femur kondil (medial/lateral) kırığı (4)
- Femur epikondil kırığı (2)
- Femur suprakondiler kırığı (4)
- Femur suprakondiler açık kırığı (5)
- Femur cisminde kırık (4)
- Femur cisminde parçalı kırık (5)
- Femur cisminde açık kırık (5)
- Femur cisminde açık parçalı kırık (5)
- Femurun zımba şeklinde delinmesi (ateşli silah) (3)
- Patellada ekstansör fonksiyonu bozmayan küçük kopma kırığı (parsiyel) (1)
- Patellada açık parsiyel kırığı (3)
- Patella kırığı (2)
- Patella açık kırığı (3)
- Patella parçalı kırığı (3)
- Patella açık parçalı kırığı (4)
- Diz çıkığı (3)
- Tibiada küçük kopma kırığı (1)
- Tibiada kırık (4)
- Tibiada açık kırık (5)
- Tibia kondil (lateral-medial) kırığı (2)
- Tibia her iki kondil (plato) kırığı (3)
- Plato+Fibula başı kırığı (4)
- Fibula kırığı (2)
- Fibula boyun kırığı + kondil kırığı (3)
- Pilon-tibial kırık (tibia alt uç eklemiçi parçalı kır.+fibula kırığı) (4)
- Pilon-tibial açık kırık (5)
- Malleol kapalı kırığı (2)
- Malleol açık kırığı (3)
- Bimalleoller kapalı kırık (Pott) (3)
- Bimalleoller açık kırık (4)
- Trimalleoller kırık (Cotton) (3)
- Cotton (açık) (4)
- Kalkaneus kırığı (2)
- Kalkaneus çok parçalı ve/veya açık kırığı (3)
- Talusta kırık (2)
- Talus çok parçalı ve / veya açık kırığı (3)
- Tarsal kemik kırıkları (2)
- Radiokarpal, perikarpal, interkarpal, subtalar, transtarsal çıkıklar (2)
- Tarsal kemiklerin açık kırıkları (3)
- Sessamoid kırıkları (1)

- Metatars kırığı (2)
- Metatars açık kırığı (3)
- Metatars çıkığı (1)
- Ayak parmak kemiği kırığı (1)
- Ayak parmak kemiği açık kırığı (2)
- Ayak parmak kemiği çıkığı (1)

4. ZEHİRLENMELERDE YARALANMA AĞIRLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zehirlenme olguları mutlak adli olgulardır. Bu kapsamda bu tip hastaların değerlendirilmesi sırasında öncelikle, yeterli miktarda kan ve/veya diğer vücut sıvılarının alınarak, uygun koşullarda saklanması bir zorunluluktur. Bu bölümde zehirlenme olgularında yeni TCK kapsamında “yaşamsal tehlike” kısıtları ve yaralanma düzeyinin standart bir şekilde belirlenebilmesine yardımcı olabilecek ölçütler belirlenmiştir. Ancak değerlendirmede, zehirlenme olgularında da diğer hastalıklarda olduğu gibi kişisel bulgular, hastanın klinik durumu ve toksik maddenin özel etkileri öncelikle dikkate alınmalıdır.

4.1. Basit tıbbî müdahale ile giderilebilecek nitelikteki zehirlenme olguları

- Yalnızca semptomatik tedavi ile yetinilen olgular
- Gözlem süresince her hangi bir komplikasyon saptanılmayan olgular
- Gastrik lavaj ve aktif kömür dışında tedavi gerektirmeyen olgular

4.2. Vücuda acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan durumlar

Belirlenen yaşamsal tehlike ölçütlerinin bulunmadığı, ancak basit tıbbî müdahale ile giderilemeyecek ölçüde klinik bulgusu olan olgular bu gruptadır.

4.3. Yaşamsal tehlike oluşturan zehirlenme olguları

Yaşamsal Tehlike Kriterleri:

- 1) *Dozaj:* Toksik doz biliniyor ve güvenilir verilere dayanıyorsa, maddenin kan düzeyinin toksik dozda olması
- 2) *GKS:* 8 ve altındaki değerler yaşamsal tehlikenin varlığı açısından gösterge olmakla birlikte, 9 ve üzerindeki değerler negatif bir gösterge olarak kabul edilmemelidir.
- 3) Entübasyon endikasyonu
- 4) Hekim tarafından CPR (Cardio-Pulmoner Resusitasyon) uygulanması. İleri yaşam desteği uygulanarak kalp-akciğerbeyin canlandırma işlemi uygulanması
- 5) Dializ, hemoperfüzyon, hemofiltrasyon, plazmaferez uygulanmış olması
- 6) Metabolik değerlendirmede:
 - Açıklanamayan anyon açığı yüksek metabolik asidoz durumlarında intoksikasyon düşünülmelidir.
 - pH değerinin 7,2'nin altında olması
 - pCO₂ değerinin 45 mmHg'dan yüksek olması
 - K değerinin 6.4mEq/L'nin üzerinde ve 2mEq/L'nin altında olması
- 7) Konvülzyonları olması
- 8) Tansiyon arterial sistolik komponentin 80mmHg'nın altında olması
- 9) Sinüs ritmi dışında ritmi olan ve blok bulunan olgular

4.4. Yaşamsal tehlike açısından özel gruplar

4.4.1. Tıbbî tedavide kullanılan ilaçların doz aşımının söz konusu olduğu olgularda

İlacın özel toksik etkisi (kardiyotoksik etki, aritmi, hemotoksik etki vb) ayrıca göz önüne alınması gereken bir durumdur. Örneğin trisiklik antidepressanlar santral sinir sistemi ve kardiyak ileti

sistemine olan toksik etkileri nedeni ile belirlenen kriterler dışında özel değerlendirme gerektirmektedir.

4.4.2. CO Zehirlenmelerinde

- Olgunun ilk bulunduğu bilinç bozukluğu olması,
- HbCO düzeyinin %20'nin üzerinde olması,
- Hiperbarik oksijen tedavisine gerek duyulması,
- 4 saatten uzun süren oksijen tedavisi gereksinimi,
- Spesifik BT ya da MR bulguları, beyin dışı organ bulguları; miyokart enfarktüsü, rabdomyoliz(CPK, LDH, ALT yükselmesi)

4.4.3. Mantar Zehirlenmelerinde

- Serum transaminazlarının yükselmesi, ikter, karaciğer matitesinin küçülmesi ve hepatik ensefolapati

4.4.4. Etil Alkol Zehirlenmelerinde

- Klinik bulguların da desteklemesi şartıyla, kan alkol düzeyinin 200mg/dl ve üzerinde olması

4.4.5. Metil Alkol Zehirlenmelerinde

- Klinik bulguların da desteklemesi şartıyla, kan düzeyinin 30 mg/dl (%80mg letal doz) ve üzerinde olması, ğ
- Görme fonksiyonuna ait problemlerin olması

4.4.6. Tarım İlaçları ile Zehirlenmelerde

Antikolinesteraz enzim düzeyi ve diğer spesifik enzim düzeyleri ile ilgili bilgi ve kayıt mevcutsa ve bu düzeyler literatürde belirlenen kritik düzeyler ise “yaşamsal tehlike”nin varlığından bahsedilebilir.

5. DUYU VEYA ORGANLARIN İŞLEVİNİN SÜREKLİ ZAYIFLAMASI YA DA YİTİRİLMESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRME

Vücutta duyu veya organların işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesine yol açan haller sadece bu listedekilerle sınırlı değildir. Bunlar adlî tıbbî uygulamadan bildiğimiz belli başlı durumlar olup kemik kırıkları başta olmak üzere, daha pek çok travmatik lezyon iyileşme aşamasında, vücutta kalıcı anatomik ve fonksiyon bozukluğu bırakabilir. Vücutta kalıcı anatomik ve fonksiyon bozukluğu olup olmadığı açısından ayrıca değerlendirme yapılacaktır.

Duyu veya organların işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi açısından değerlendirme YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Kafatası

5-25 cm² kemik eksikliği İşlevde sürekli zayıflama

25 cm² den fazla kemik eksikliği İşlev kaybı

Kulak (Her kulak ayrı bir duyu organı olarak değerlendirilecektir)

50-80 dB arası işitme kaybı İşlevde sürekli zayıflama

80 dB üzeri işitme kaybı İşlev kaybı

Göz (Her göz ayrı bir duyu organı olarak değerlendirilecektir)

Görme kusurları

Işık hissi, el hareketleri, parmak sayma, 1/10 - 2/10 – 3/10 görme dahil İşlev kaybı

4/10 – 5/10 – 6/10 – 7/10 görme dahil İşlevde sürekli zayıflama

Travmatik şaşılık İşlevde sürekli zayıflama

Hemianopsi İşlevde sürekli zayıflama

Travmatik sürekli epifora İşlevde sürekli zayıflama

Travmatik total ptosis İşlevde sürekli zayıflama

Diplopi İşlevde sürekli zayıflama

Göğüs Organları

Lobektomi İşlevde sürekli zayıflama

Pnömoektomi İşlev kaybı

Batın Organları

Splenektomi İşlev kaybı

Nefrektomi İşlev kaybı

Terminal ileum hariç ince barsak rezeksiyonu (70-300 cm) İşlevde sürekli zayıflama

Terminal ileum hariç ince barsak rezeksiyonu (300 cm üzeri) İşlev kaybı

Terminal ileum rezeksiyonu İşlev kaybı

Kalın barsak rezeksiyonu (Hemikolektomi) İşlevde sürekli zayıflama

Rektum ve anüs rezeksiyonu İşlev kaybı

Sistektomi İşlev kaybı

Safra kesesinin çıkartılması İşlev kaybı

(devam ediyor)

Duyu veya organların işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitilmesi açısından değerlendirme
(devam)

YARA NİTELİĞİ DEĞERLENDİRME

Genital Organlar

Glans penis amputasyonu İşlev kaybı

Tam penis amputasyonu İşlev kaybı

Testis kaybı İşlev kaybı

Ovaryum kaybı İşlev kaybı

Uterusun kaybı İşlev kaybı

6. DIŞLER

Dişlerin çiğneme ve konuşma fonksiyonları yönünden değerlendirilmesinde; her bir diş çeşidi için puanlama yapılmıştır. Diş kayıplarında puanların toplamı 15-30 arasında ise işlevin sürekli zayıflaması; 30'un üzerinde ise işlevin yitilmesi olarak kabul edilecektir. Puanlama şöyle yapılacaktır:

- Kanin : 4,5

- Kesici : 4

- Premolar : 3

- 1. ve 2. Molar : 3

- 3. Molar : 0,5

7. TRAVMA SONRASI GELİŞEN RUHSAL BOZUKLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

7.1. Basit tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde Bozukluklar.

Belirgin bir psikiyatrik bozukluk tablosu kriterlerini doldurmayacak (Uluslararası sınıflandırma ve tanımlama kriterlerine göre) her türlü geçici nöropsikiyatrik şikâyetler.

7.2. Algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan durumlar

Psikiyatrik bir tanı ölçütü kriterlerini dolduran geçici bozukluklar (Psikotik durumlar, demanslar gibi kalıcı ve ağır tablolar hariç).

7.3. Duyulardan veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflamasına neden olan bozukluklar

Merkezi sinir sisteminin işlevlerinde kalıcı olarak zayıflama (Kalıcı postkonküzyonel sendrom, genel tıbbî duruma bağlı kişilik değişikliği gibi).

7.4. Duyulardan veya organlardan birinin işlevinin yitirilmesine veya iyileşme olanağı bulunmayan hastalığa neden olan bozukluklar

Travmatik olaya bağlı olarak ortaya çıkan psikozlar, demans, diğer nörolojik ve bilişsel işlev kaybı ile seyreden ağır, kalıcı psikiyatrik bozukluk ve sendromlar.

BÖLÜM 3

RAPOR ÖRNEKLERİ

TCK'daki değişiklikler doğrultusunda, adli rapor talebinde bulunacak olan hâkim ya da Cumhuriyet savcılarının istem yazıları değişecek, hekimler tarafından düzenlenecek olan adli raporların sonuç şablonları da değişecektir. Eski ve yeni TCK'ya göre karşılaştırmalı rapor örnekleri aşağıda verilmektedir:

ÖRNEK 1:

(ESKİ) Cumhuriyet Başsavcılığı'nın tarih ve sayılı yazısı ile 'in ateşli silah yaralanması ile ilgili olarak hayati tehlike geçirip geçirmediği, kaç gün iş ve gücünden kaldığı, çehrede sabit eser ve uzuv zaafi veya uzuv tatilinin söz konusu olup olmadığı sorulmaktadır.

(YENİ) şahsın sağlığının ya da algılama yeteneğini bozup bozmadığı, yaşamını tehlikeye sokup sokmadığı, basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek nitelikte olup olmadığı, duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına ya da yitirilmesine, yüzünde sabit ize neden olup olmadığı sorulmaktadır.

Şahıs hakkında düzenlenmiş,

a)

b)

c) incelenmesinde,

..... saptandığı anlaşıldığına göre,

SONUÇ: (ESKİ)

.....oğlu doğumlu 'in 30.04.2005 günü geçirmiş olduğu ateşli silah yaralanması sonucunda,

1- Yaraların tarif edilen lokalizasyonları ve nitelikleri göz önüne alındığında, şahsın vücuduna batın sol alt kadrandan girip, gluteal bölge sağ taraftan çıkan bir adet ateşli silah mermi çekirdeği isabet etmiş olduğu,

2- Batın yaralanmasına bağlı multipl ileal, çekal ve mezo perforasyonu ile sağ eksternal iliak venin perfore olduğu, gerekli onarım esnasında 15 cm.lik barsak kısmının rezeke edildiği tarif edildiğine göre yaralanmanın;

a- Şahsın hayatını tehlikeye maruz kıldığı,

b- 25 (yirmi beş) gün mutad iştigaline engel teşkil eder nitelikte olduğu,

c-Çehre sınırları dahilinde herhangi bir lezyon tarif edilmediğinden, çehrede sabit eser tayinine mahal olmadığı,

d-Uzuv zaafi veya uzuv tatili niteliğinde olmadığı kanaatini bildirir rapordur.

SONUÇ: (YENİ)

1-Yaraların tarif edilen lokalizasyonları ve nitelikleri göz önüne alındığında, şahsın vücuduna batın sol alt kadrandan girip, gluteal bölge sağ taraftan çıkan bir adet ateşli silah mermi çekirdeği isabet etmiş olduğu,

2-Batın yaralanmasına bağlı multipl ileal, çekal ve mezo perforasyonu ile sağ eksternal iliak venin perfore olduğu gerekli onarım esnasında 15 cm'lik barsak kısmının rezeke edildiği tarif edildiğine göre yaralanmanın;

a- Şahsın yaşamını tehlikeye sokan bir durum olduğu,

b- Yüz sınırları dahilinde herhangi bir lezyon tarif edilmediğinden, yüzde sabit iz tayinine mahal olmadığı,

c- Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına ya da yitirilmesine neden olmadığı kanaatini bildirir rapordur.

Yeni Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber

ADLİ MUAYENE RAPOR FORMLARININ DOLDURULMASI İLE İLGİLİ AÇIKLAMALAR

ÖNEMLİ

1) Adli tabiplik hizmetlerinin sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetler arasında özelliği olan bir alan olduğu gerçeğinden hareketle yapılan düzenlemeler çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında standart adli muayene rapor formları kullanılacaktır. Ancak, formların geliştirilmesi aşamasında görüşülen hizmet sunuculardan bir kısmı, birkaç sayfadan oluşan formların kullanımının zor ve zaman alıcı olduğunu ve işlevsel olmayacağını ifade etmişlerdir. Halbuki, yapılan denemeler formların kullanımının son derece kolay olduğunu göstermektedir. Çünkü, formlar açıklamalar ve yönlendirici notlarla bir rehber niteliğinde hazırlanmıştır ve bazı bölümlerinde bütün kısımların doldurulması gerekmemektedir.

Diğer yandan, *standart form kullanımının iki önemli amacı ve faydası bulunmaktadır: Tüm sağlık kuruluşlarında uygulama birlikteliği sağlamak; daha da önemlisi, adli tabiplik hizmeti sunan kişilere rehberlik ederek bazı hususların unutulmasını/ önlemek ve adli muayenenin eksiksiz yapılmasını sağlamak, böylece hem adli olayın aydınlatılmasına daha çok katkıda bulunmak, hem de adli tabiplik hizmeti sunanların olası hatalarını ve bundan doğacak mağduriyetlerini en aza indirmek.*

Bu nedenlerle, yaptığımız adli muayenelerde rapor tanziminde lütfen bu formları kullanınız.

2) Adli muayene raporlarının düzenlenmesinde, aşağıda yer alan açıklamalar yanında, 22.09.2005 tarihli ve B100TSH013003-13292 sayılı Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar konulu *Genelgede* ve Yeni TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin *Rehber*'de belirtilen hususları dikkate alınız.

1. STANDART FORM ÇEŞİTLERİ

Adli olguların muayenesini takiben tanzim edilecek adli raporlarda kullanılmak üzere hazırlanan formlar, Bakanlığımız sağlık kuruluşlarından muayenesi istenilen adli olguların çok büyük kısmı için yeterli olacak şekilde hazırlanmış ve tasarlanmıştır. Bir başka deyişle, yataklı tedavi kurumları ile özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına en çok gönderilen adli olgular için rapor formları düzenlenmiştir. Bu yaklaşımla, *Genel Adli Muayene Raporu* ve *Cinsel Saldırı Muayene Raporu* olmak üzere iki temel form ve bunlara ilave olarak kullanılabilecek üç ek form geliştirilmiştir.

Az karşılaşılan ve muayenesi ile rapor tanzimi ileri uzmanlık bilgisi gerektiren, mesela *çocuk istismarı, yaş tayini, maluliyet değerlendirmesi, ceza ehliyeti ve hukukî ehliyet tespiti* gibi adli olgular için ayrı rapor formları geliştirilmemiştir. Bu durumlarda, varsa muayeneyi yapan uzmanın çalıştığı sağlık kuruluşunda kullanılan rapor formları kullanılacaktır veya uzmanca uygun görülen biçimde rapor tanzimi yoluna gidilecektir. Ancak, bu raporlar tanzim edilirken, raporların tanziminde uyulması gereken kurallara dikkat edilecektir. Mesela, bu raporların ilk sayfasında mutlaka sağlık kuruluşunun ismi, her sayfasında muayene edilenin adı ve soyadı ile rapor tarihi ve numarası bulunacak, raporlar üç nüsha olarak tanzim edilecektir. Raporların tanziminde mutlaka uyulması gereken hususlar için Genelge'nin 3.3. *Adli raporların düzenlenmesi* başlıklı kısmına bakınız.

1.1. Temel formlar

- *Genel Adli Muayene Raporu*: 3 sayfadan oluşan bu form, etkili eylem (darp), trafik kazası, iş kazası, diğer kazalar, gözaltı işlemleri, insan hakları ihlali iddiası, intihar girişimi, zehirlenmeler ve benzeri durumlarda yapılan adli muayenelerde kullanılacaktır. Adli olguların büyük kısmında bu raporun doldurulması gerekecektir.
- *Cinsel Saldırı Muayene Raporu Formu*: Kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı olmak üzere 4'er sayfadan oluşan bu form, cinsel saldırı niteliği taşıyan adli vakalarda kullanılacaktır.

1.2. Ek formlar

- *Vücut Diyagramı (Erkek ve kadınlar için ayrı ayrı)* (1 sayfa)
- *Psikiyatrik Muayene/Konsültasyon Raporu* (2 sayfa)
- *Konsültasyon Raporu* (1 sayfa)

Bu formlar, temel formları tamamlayıcı nitelikte olup, gerektiğinde temel formlara ilave edilerek kullanılacaktır. Hangi durumlarda kullanılacağı aşağıda ilgili kısımlarda açıklanmıştır.

1.3. Basılı Formlar / Elektronik formlar

Her bir form, basılı ve elektronik ortamda doldurulmak üzere iki şekilde hazırlanmıştır. *Basılı formlar* el yazısı ile veya daktiloda, *elektronik formlar* ise bilgisayar ortamında doldurulmak üzere tasarlanmıştır. Her iki tasarım aynı bilgileri içermekte; ancak, elektronik formlar metin alanları ve açılan menülerle kullanıcıya kolaylık sağlamaktadır.

Basılı form örnekleri Genelge ekinde gönderilmekte olup, elektronik formlara Bakanlık internet sayfasından ulaşılabilir.

Bilgisayar imkânı olan sağlık kuruluşlarında elektronik formların kullanılması mümkün olup, rapor tanzim edildikten sonra çıktı alınarak doldurulmayan boşluklar kalemle iptal edilecektir.

2. FORMLARIN DOLDURULMASINDA DİKKAT EDİLECEK ORTAK HUSUSLAR

- a) Her bir rapor, üç nüsha olarak doldurulacaktır. Nüshaların dağıtımı, olguların muayene istek nedenine göre değişmekte olup, dağıtım şekli için Genelgeye bakınız (*Raporların tanzimi ve adli makamlara iletilmesi* başlıklı 3.3.4 numaralı paragraf).
- b) Basılı formlar, okunaklı el yazısı veya daktilo ile doldurulacak; elektronik formlar ise bilgisayar çıktısı şeklinde düzenlenecektir.
- c) Raporların ilk sayfasındaki *sağlık kuruluşunun adı*, her bir sayfada yer alan *muayene edilen kişinin adı-soyadı*, *rapor tarihi* ve *numarası* gibi alanlar mutlaka doldurulacaktır. Raporlarda doldurulması zorunlu alanlar aşağıda ilgili yerlerde belirtilmiştir. Bunun yanında, tüm adli olgularda raporların bazı bölümlerinin veya bazı bölümlerin bütün kısımlarının doldurulması gerekmemektedir. Doldurulmasına gerek duyulmayan kısımlar, dolduran kişinin imza attığı kalemle çizilerek iptal edilecektir.
- d) Adli vaka başka bir sağlık kuruluşundan sevk edilerek gelmişse, gönderen kuruluşça düzenlenen geçici rapor değil, ayrı bir rapor formu kullanılmalıdır.

3. GENEL ADLİ MUAYENE RAPORU

Sağlık kuruluşun adı {Bu alan mutlaka doldurulacaktır}: Tercihan basılı olarak veya kurum kaşesi basılarak.

Gönderilen resmi kurum {Mutlaka doldurulacaktır}: Raporu talep eden resmi kurumun tam adı yazılacaktır.

Rapor tanzim tarihi ve saati {Mutlaka doldurulacaktır}

Rapor no {Mutlaka doldurulacaktır}: Adli rapor kayıt defterindeki rapor numarası yazılacaktır.

Gönderen makam {Mutlaka doldurulacaktır}

Resmi yazı tarihi ve no {Mutlaka doldurulacaktır}

Eşlik eden resmi görevlinin adı soyadı ve sicil no: Genellikle gönderilen kişiye bir resmi görevli/kolluk görevlisi eşlik edeceğinden, bu kişiye ait bilgiler doldurulacaktır. Aksi halde bu kısım çizilmek suretiyle iptal edilecektir.

Muayeneye gönderilme nedeni {Mutlaka doldurulacaktır}: Muayeneye esas olayın niteliği, yapılacak muayenenin kapsamını, raporun içeriğini ve raporun iletilme şeklini belirleyecektir. Gönderilme nedeni, gönderen resmi kurumun sevk evrakında belirtilmemişse, muayene edilene eşlik eden resmi görevliye veya ilgili resmi mercie sorularak öğrenilecektir. Muhtemel nedenler şunlardır: Etkili eylem (müessir fill/darp), trafik kazası, iş kazası, diğer kazalar, gözaltı işlemi (giriş), gözaltı işlemi (uzatma), gözaltı işlemi (yer değiştirme), gözaltı işlemi (çıkış), insan hakları ihlali iddiası, zehirlenme.

MUAYENE EDİLENİN KİMLİK BİLGİLERİ {Mutlaka doldurulacaktır}: Muayene edilenin kimlik bilgileri, geçerli bir kimlik belgesi ibrazı ve resmi sevk evrakındaki bilgiler karşılaştırılarak kontrol edilecektir. Geçerli bir resmi kimlik belgesi ibraz edemeyenler için bu kısım kişinin beyanına göre doldurulacak, ancak durum belirtilerek “Muayene edilenin tıbbî kimliği” başlıklı kısım da mutlaka doldurulacaktır.

MUAYENE EDİLENİN TIBBÎ KİMLİĞİ: Geçerli bir resmi kimlik belgesi ibraz edemeyenler için, kişinin tıbbî kimlik bilgileri

(boy, kilo, saç rengi, göz rengi, varsa tatuaj ve benzeri bilgiler) yazılacaktır.

MUAYENE KOŞULLARI: Bu bölüm, *gözaltı işlemleri ve insan hakları ihlali iddiası* nedeniyle muayeneye getirilen kişiler için *mutlaka* doldurulacaktır. Diğer olgularda doldurulması tabibin tercihinine bağlıdır.

Doldurma işlemi, basılı formlarda seçenekler işaretlenerek, elektronik formlarda menüden seçilerek veya işaretlenerek yapılacak; gerekiyorsa açıklama yazılacaktır. Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Muayene koşulları ve muayene esnasında bulunabilecek kişiler ile ilgili ayrıntılı bilgi için Genelgeye bakınız (*Muayenede dikkat edilecek hususlar ve muayene koşulları* başlıklı 3.2.4 numaralı paragraf).

MUAYENEYE ESAS OLAYLA İLGİLİ BİLGİLER: Bu bölüm, muayene edilenin ifadelerine göre doldurulacaktır. Bu bölümde bütün kısımların doldurulması gerekmemektedir. Kullanmadığınız alanları çizerek iptal ediniz. Olayın meydana geldiği tarih ve saati belirtmeyi unutmayınız.

Olayın öyküsü {Mutlaka doldurulacaktır}: Kişinin ifadelerine göre kısaca doldurulacaktır.

Muayene edilenin şikâyetleri: Kişinin ifadelerine göre, olaya (mesela travmaya veya kazaya) bağlı yakınmaları belirtilecektir.

Muayene edilenin tıbbî özgeçmişi: Varsa, muayeneye esas olayla ilintilendirilebilecek veya etkileşimi muhtemel tıbbî özgeçmiş bilgileri yazılacaktır.

İSTENİLEN KONSÜLTASYONLAR: Gerek duyuluyorsa ve sağlık kuruluşunun imkânları varsa, istenilen konsültasyonlar buraya yazılacak ve rapor formuna Konsültasyon Rapor Formu ilave edilecektir. Raporun sonuç kısmı yazılırken, konsültasyon bulguları ve değerlendirmelerine özetle yer verilecek; ayrıca, Konsültasyon Raporu esas rapora eklenecektir.

İmkânsızlıklar nedeniyle vakanın muayenesi ve rapor tanziminin sağlık kuruluşunda sonuçlandırılması mümkün değilse, olgu raporun “Muayene bulguları” kısmı da doldurularak Genelgede belirtilen esaslara

uyularak sevk edilmelidir (Bkz. *Tabibin bilirkişi olarak davete icap zorunluluğu, ilk değerlendirme ve sevk durumu* başlıklı 3.1.10 ve 11 sayılı paragraflar).

MUAYENE BULGULARI: Bu bölümde bütün kısımların doldurulması gerekmemektedir. Olayın mahiyetine, iddiaya, muayeneyi isteyen resmi makamın talebine ve muayene bulgularına göre gerekli görülenler yapılacak ve ilgili kısımlar doldurulacaktır. Kullanmadığınız kısımları iptal etmeyi unutmayınız.

Muayene tarihi ve saati: {Mutlaka doldurulacaktır}

LEZYONLARLA İLGİLİ BULGULAR: {Mutlaka doldurulacaktır} Muayeneye esas olayın mahiyetine ve iddiaya göre muayene yapılacak, varsa lezyonların yerleri, boyutları ve yara özellikleri ayrıntılı bir şekilde tanımlanacaktır. Ayrıca, muayene edilenin cinsiyetine uygun vücut diyagramı bulunan form eklenerek üzerinde dikkat çekecek şekilde işaretleme yapılacaktır. Travmatik lezyonların belgelenmesi açısından, eğer imkân varsa fotoğrafı da çekilmeli ve rapora ilave edilmelidir.

Muayene edilenin travmaya uğradığını/travma uygulandığını iddia ettiği vücut bölgelerinde herhangi bir lezyon tespit edilememişse, bu durum raporda açık bir şekilde belirtilmelidir.

SİSTEM MUAYENELERİ: Muayeneye esas olayla doğrudan ilgili veya ilintilendirilebilecek şekilde tabipçe gerekli görülen sistem muayeneleri yapılmalı, tespit edilen bulgularla ilgili sistem işaretlenmeli ve bulgular yazılmalıdır. Bu kısımda yer alan vital bulguların (bilinç, solunum, arteriyel tansiyon vb) doldurulması önerilir.

PSİKIYATRİK MUAYENE: {Mutlaka doldurulacaktır} Yeni Türk Ceza Kanunu'ndaki yaklaşım nedeniyle, her adli vakada psikiyatrik muayenenin/ruhsal durum muayenesinin yapılması önerilir. Genel tababet bilgilerine göre temel psikiyatrik/ruhsal durum muayenesi yapılmalı ve değerlendirme sonucu raporda yer alan seçenekler işaretlenerek belirtilmelidir. Olayın mahiyetine göre (mesela işkence iddiası, cinsel saldırı gibi durumlarda) veya belirgin bir psikopatolojik bulgu saptanması durumunda ayrıntılı ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır veya -imkan varsa- psikiyatri

konsültasyonu istenmelidir. Bu durumda, formda ilgili seçenek işaretlenmeli ve muayene bulguları yazılmak üzere Genel Adli Muayene Raporu formuna *Psikiyatrik Muayene/Konsültasyon Raporu* formu eklenmelidir.

Olgu mahiyeti itibariyle mutlaka ayrıntılı psikiyatrik muayeneyi gerektiriyor, ancak muayeneyi yapan tabip bu değerlendirmeyi yapamayacak durumda ve sağlık

kuruluşunda psikiyatri konsültasyonu imkanı yoksa, kişi, durumu bildirir geçici rapor düzenlenerek uygun bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

TETKİKLER: Olgunun özelliğine göre ve imkânlar ölçüsünde gerekli görülen tetkikler işaretlenecek ve sonuçları yazılacaktır. Bu kısmı kullanmamışsanız iptal ediniz.

EKLENEN KONSÜLTASYON RAPORLARI VE TIBBİ BELGE ÖRNEKLERİ: Yukarıda açıklandığı üzere, olayın mahiyeti ve muayene bulgularına göre, Genel Adli Muayene Raporuna,

- Muayene edilende travmatik lezyon(lar) saptanmışsa, bunları göstermek üzere muayene edilenin cinsiyetine uygun Vücut Diyagramı,
- Ayrıntılı psikiyatrik muayene yapılmışsa veya konsültasyon istenmişse *Psikiyatrik Muayene/Konsültasyon Raporu*,
- Diğer uzmanlık dallarından konsültasyon istenmişse Konsültasyon Raporu,

ilave edilecek ve ilave edilen bu ek formlar, bu kısımda işaretlenerek belirtilecektir.

Ayrıca, muayene edilenin başka bir sağlık kuruluşuna sevki durumunda veya raporu yazan tabipçe gerekli görülmesi halinde, rapora ilave edilen adli kanıt niteliğindeki tıbbî belgeler de bu kısımda numaralandırılarak sırayla belirtilecektir.

İlave edilen ek rapor formları (her sayfanın en altında yer alan) Raporun toplam sayfa sayısına dahil edilecek, diğer belgeler dahil edilmeyecektir.

SONUÇ {Mutlaka doldurulacaktır}: Sonuç kısmı, Raporun en önemli kısmı olup, Genelge ve Rehber'de yer alan açıklamalar doğrultusunda yazılmalıdır.

Tespit edilen bulgular ışığında mümkünse kesin rapor düzenlenmesi yoluna gidilmelidir. Ancak, mevcut muayene ve laboratuvar bulguları kişi hakkında kesin rapor düzenlemek için yeterli değilse, ayrıntılı *geçici rapor/durumu bildirir rapor* düzenlenerek muayenesi ve kesin rapor düzenlenmesi için hastanın bir üst sağlık kuruluşuna sevki yapılmalıdır. Vakanın sevk edilmesi durumunda, düzenlenen geçici raporun bir nüshasının sağlık kuruluşunda saklanması ihmal edilmemelidir.

Rapor el yazısı ile doldurulacaksa okunaklı olmalı, anlaşılır ve sade bir dil kullanılmalıdır. Kelimeler, özellikle tıbbî terimler, kısaltma yapılmadan tam olarak yazılmalıdır.

Sonuç kısmı, muayene bulguları ve istekte bulunan resmi makamın sorularına cevap teşkil edecek şekilde düzenlenmelidir. Saptanan bulgular, varsa travmatik lezyonlar, yapılmışsa tetkik sonuçları ve varsa yapılan konsültasyon değerlendirmeleri özetlenmelidir.

Varsa travmanın sonucu, basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek nitelikte olduğu/olmadığı şeklinde belirtilecek; yaşamı tehlikeye sokan bir durum olup olmadığına mutlaka yer verilecektir. Yaşamsal tehlike kararı verildi ise, karara dayanak teşkil eden bulgular da belirtilmelidir.

Ayrıca, saptanmışsa yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış diğer halleri ayrı ayrı yazılmalı (bkz. Rehber); keza, kemik kırığı saptanmışsa tanımlanmalı ve hayatî fonksiyonlara etkisi belirtilmeli, birden fazla kırık varsa skorlama yapıp ağırlığı hesaplanarak raporda yer verilmelidir.

Muayenesi yapılan kişinin alkollü olup olmadığı dikkate alınmalı; tabipçe gerekli görülmesi, adli makamın veya kolluğun talebi halinde kişinin alkollü olup olmadığı usulünce tespit edilerek sonucuna bu kısımda yer verilmelidir.

MUAYENEYİ YAPAN VE RAPORU DÜZENLEYEN TABİP İLE İLGİLİ BİLGİLER

{Mutlaka doldurulacaktır}: Bu bölümde, raporu düzenleyen tabibin adı, soyadı, diploma numarası ve imzası ile kurumun adı ve okunaklı olarak kurum mührü bulunacaktır.

4. CİNSEL SALDIRI MUAYENE RAPOR

Cinsel saldırı olgularının muayenesi, adli muayeneler içinde özellik arzeden bir durum olduğundan, bu muayenelerin adli tıp uzmanı veya kadınlar için kadın hastalıkları-doğum uzmanı tarafından yapılması önerilir. Ancak, zorunluluk hallerinde her tabip tarafından Genelge, Rehber ve formda yer alan açıklamalar dikkate alınarak yapılmalıdır. Kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı düzenlenen bu formun bazı kısımları Genel Adli Muayene Raporu ile aynı olup, bu kısımların doldurulması için yukarıdaki “4. Genel Adli Muayene Raporu” başlıklı açıklamalara bakınız. Burada sadece farklı bölümlerin doldurulması hakkında bilgi verilecektir.

MUAYENE EDİLENİN RIZA BEYANI {Mutlaka doldurulacaktır}: Bu bölüm, muayene edilene yapılacak muayene ve tıbbi işlemler hakkında bilgi verildikten sonra, kişilerin kendi el yazıları ile doldurulacaktır.

Muayene edilen 18 yaşından küçükse veya vesayet altında ise, veli veya vasisinin kendi el yazısı ile onay alınacaktır.

OLAYLA BAĞLANTILI BİLGİ VE BULGULAR {Mutlaka doldurulacaktır}: Bu bölümde yer alan hususlar, muayene edilenin anlayacağı bir dille ifade edilerek bilgi alınacak ve uygun seçenek işaretlenecektir. Muayene edilen bilgi vermeye zorlanmayacak, ilgili kısımda *cevap vermiyor/bilmiyor* seçeneği işaretlenecektir.

MUAYENE BULGULARI: Bu bölümde bütün kısımların doldurulması gerekmemektedir. Olayın mahiyetine, iddiaya, muayeneyi isteyen resmi makamın talebine ve muayene bulgularına göre gerekli görülenler yapılacak ve ilgili kısımlar doldurulacaktır. Kullanmadığınız kısımları iptal etmeyi unutmayınız.

Muayene tarihi ve saati: {Mutlaka doldurulacaktır}

GENİTAL, ANAL VE PERİANAL MUAYENE {Mutlaka doldurulacaktır}: Kadın ve erkek için düzenlenen formlarda cinsiyete özgü farklılıklar bulunan bu bölümde, muayeneye esas olayın mahiyetine ve iddiaya göre yapılan muayene ve lezyon bulunan bölge işaretlenecek ve bulgular tanımlanacaktır. Varsa lezyonlar dördüncü sayfada bulunan diyagramda da işaretlenerek gösterilecektir.

DİĞER VÜCUT BÖLGELERİ: Cinsel saldırı olayında, kişinin diğer vücut bölgelerinde travmaya veya zor kullanmaya bağlı lezyon(lar) meydana gelmişse, ilgili vücut bölgesi işaretlenerek lezyon(lar) tanımlanacak ve diyagramda gösterilecektir.

PSİKIYATRİK MUAYENE: Cinsel saldırı olgularında psikiyatrik muayenenin daha özenle yapılması gerekir.

ALINAN MATERYAL: Olayın mahiyetine göre muayene edilen kişinin vücudundan alınan örnekler işaretlenecek ve sonuçlarına raporun sonuç kısmında yer verilecektir.

Adli muayene rapor formlarının doldurulması ile ilgili AÇIKLAMALAR

5. VÜCUT DİYAGRAMI

Kadın ve erkekler için ayrı ayrı düzenlenen bu diyagramlar, gerek görülmesi halinde Genel Adli Muayene Raporu'na eklenecek ve bu husus *Eklene Konsültasyon Raporları ve Tıbbi Belge Örnekleri* kısmında belirtilecektir. Eklene diyagramlar, Raporun toplam sayfa sayısına ilave edilerek, her sayfasının en alt kısmında bulunan sayfa adedi kısmında gösterilecektir.

Muayene edilen kişide saptanan travmatik lezyonların bulunduğu vücut bölgesi, diyagram üzerinde belirgin şekilde işaretlenerek gösterilecektir. İşaretleme, lezyon bulunan bölgeye çarpı işareti konularak, taranarak ve benzeri şekillerde yapılabilir.

6. PSİKİYATRİK MUAYENE / KONSÜLTASYON RAPORU

Bu rapor formu, Genel Adli Muayene Raporu veya Cinsel Saldırı Muayene Raporuna ek olarak kullanılacaktır. Olayın mahiyetine göre ve/veya muayene edilen kişide muayeneye esas olayla ilintili herhangi bir psikopatolojik bulgu saptanması durumunda, tabipçe ayrıntılı psikiyatrik muayene yapılmasına gerek görüldüğünde kendisi veya imkân varsa sevk ettiği konsültan tabipçe üç nüsha halinde doldurulacaktır.

Gerek görülerek bu form düzenlendiği takdirde temel rapora eklenecek ve Raporun toplam sayfa sayısına ilave edilerek, her sayfasının en alt kısmında bulunan sayfa adedi kısmında gösterilecektir.

Muayene bulgularına göre, değerlendirme başlıkları yanındaki yol gösterici notlar dikkate alınarak, altındaki uygun seçenek işaretlenmeli, gerek görülen açıklamalar yapılmalıdır.

PSİKOPATOLOJİK ÖZET {Mutlaka doldurulacaktır}: Yapılan muayenenin özeti, muayeneye esas olayla ilintirilendirilerek bu kısımda belirtilecektir.

MUAYENYİ YAPAN VE RAPORU DÜZENLEYEN TABİP İLE İLGİLİ BİLGİLER {Mutlaka doldurulacaktır}: Psikiyatrik muayene, Genel Adli Muayene Raporu veya Cinsel Saldırı Muayene Raporunu düzenleyen tabipçe yapılmışsa sadece imzalanmalı; muayene konsültan tabipçe yapılmışsa bu tabibe ait bilgiler doldurulmalı ve imzalanmalı; psikiyatrik muayene ayrı bir sağlık kuruluşundan konsültasyon istenmesi şeklinde gerçekleşmişse bu kurumun mührü de olmalıdır.

7. KONSÜLTASYON RAPORU

Bu rapor formu da, özellikle konsültasyon isteme imkanı olan yataklı tedavi kurumlarında, Genel Adli Muayene Raporu veya Cinsel Saldırı Muayene Raporuna ek olarak kullanılacaktır. İlk muayene ve değerlendirme bulgularına göre bir uzmanlık dalından konsültasyon istenmesi gerekiyorsa, esas rapora (üç nüsha olarak) bu rapor formu ilave edilecektir. Muayene sonucunda düzenlenen Konsültasyon Raporu *Eklenen Konsültasyon Raporları ve Tıbbi Belge Örnekleri* kısmında belirtilecek ve Raporun toplam sayfa sayısına ilave edilerek, her sayfasının en alt kısmında bulunan sayfa adedi kısmında gösterilecektir.

Birden fazla konsültasyon istenmesi durumunda, konsültasyon sonuçları uygunsa tek bir forma yazılabileceği gibi, her bir konsültasyon için ayrı birer konsültasyon rapor formu da kullanılabilir. Birden fazla konsültasyon sonucu tek formda belirtilmişse, her bir konsültan tabibin adı-soyadı ve diploma numarası raporda ayrı ayrı yer almalıdır.

ALKOL RAPORU ÖRNEĞİ

Rapor No:....
Konu:.....

Rapor Tarihi:.....
Saat:.....

.....C.SAVCILIĞI'NA, BAŞKOMSERLİĞİ'NE, JANDARMA
KOMUTANLIĞI'NA

Gönderen makam:....
Resmi yazı tarihi:....
Resmi yazı no:.....
Muayeneye getiren güvenlik görevlisi veya yaka no:.....
Adı /soyadı:.....
Baba Adı:....
Doğum yeri/tarihi:.....
Meslek:

Hasta Adı/Soyadı:

Sol kolu mühürlü: Evet Hayır
Tıbbi kimliği (Nüfus cüzdanı yoksa doldurulacaktır):.....

Olayın tarihi: Olayın saati:....
Olayın öyküsü (Olayın oluş şekli ile ilgili iddialar hastanın kendi ifadesi ile yazılacaktır)
.....
.....
...

Alkolmetri ile alveol havasında saptanan alkol miktarı :.....(.....)
promil
Kanda / İdarada saptanan alkol miktarı : (.....) mg /
dl.
Testin yapıldığı yer : Testin yapıldığı tarih :
.....

Muayane tarihi : Muayane saati :
.....

Fizik ve nörolojik muayene bulguları (Aşağıdakilerden herhangi birinde bir patoloji saptadı iseniz işaretleyip, özelliklerini tanımlayınız.)

Şuur	Yürüme	Denge	Koordine hareketler	Konuşma
Görme bulguları		Bulantı - Kusma	Diğer	

SONUÇ:

Dr.
Diploma No:

İmza:
Mühür:

Raporu teslim alanın adı/soyadı:Yaka no:.....

Bağlı olduğu kurum:.....

Tarih: . Saat:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KOCAELİ DEVLET HASTANESİ
ADLI TIP BÖLÜMÜ

SAYI: B.10.4.ISM.04.41.00.13-
KONU:

TARİH: 15.06.2011

ÖRNEKTİR

KATI RAPOR...

15.06.2011 tarih ve 5419 protokol numarası ile yapılan KBB muayenesinde Bileteral kulak muayenesi normal. Burun ve Boğaz muayenesi normal. Odyogram: 10/7 7/7 (Normal işitme)

SONUÇ:]

- 1- Yüceduna acı veren veya sağlığının ya da algulama yeteneğinin bozulmasına neden OLMAZ.
 - 2- Duyularından veya organlarından birinin sürekli zayıflamasına neden OLMAZ.
 - 3- Konuşmasında sürekli zorluğa neden OLMAZ.
 - 4- Yüzünde sabit izeler neden OLMAZ.
 - 5- Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma neden OLMAZ.
 - 6- İyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine neden OLMAZ.
 - 8- Duyularında veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine neden OLMAZ.
 - 9- Yüzünde sürekli değişikliğe neden OLMAZ.
 - 10- Yücutta kemik kırılması YOKTUR.
 - 11- Bu durum basit tıbbi müdahale ile giderilebilir.
- Durumunu bildirir kati rapordur.

Op. Dr.
Uzmanı

TASDİK OLUNUR
Op. Dr. Mehmet KARANFİL
BAŞHEKİM YARDIMCISI

**2005 / 2009 (9 AYLIK) YILLARI ARASINDAKİ
ADLİ VAKALARA AİT LİSTE DÖKÜMÜ**

01.01.2005 / 31.12.2005

**Adli muayene sayısı : 6144
Adli rapor sayısı : 500
Otopsi sayısı : 29**

01.01.2006 / 31.12.2006

**Adli muayene sayısı : 2999
Adli rapor sayısı : 484
Otopsi sayısı : 24**

01.01.2007 / 31.12.2007

**Adli muayene sayısı : 6857
Adli rapor sayısı : 351
Otopsi sayısı : 24**

01.01.2008 / 31.12.2008

**Adli muayene sayısı : 5495
Adli rapor sayısı : 339
Otopsi sayısı : 30**

01.01.2009 / 30.09.2009

**Adli muayene sayısı : 5773
Adli rapor sayısı : 137
Otopsi sayısı : 15**

01.01.2010 / 31/12.2010

**Adli muayene sayısı : 8183
Adli rapor sayısı : 168
Otopsi sayısı : -**

**Adli muayene genel toplam : 35451
Adli rapor sayısı genel toplam : 1979
Otopsi sayısı genel toplam : 122**

Arz ederim.

**Adli Tıp Birim Sorumlusu
Yusuf SERT**