



دوره آموزشی :

آشنایی با مسائل حقوقی و قانونی در پرستاری و

مامایی

پاییز ۱۳۹۸

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گروه هدف:

گروه شغلی پرستار- بهیار- اتاق عمل- هوشبری- ماما - سرپرستار - سوپروایزر بالینی- سوپروایزر آموزشی

کارشناس کنترل عفونت -مدیر خدمات پرستاری- کارشناس پرستاری

اهداف آموزشی:

ارتقا سطح آگاهی ، دانش و نگرش فراگیران در خصوص:

مسائل حقوقی و قانونی در پرستاری و مامایی

منشور حقوق بیمار و شاغلین حرف پزشکی - مفاهیم و قوانین

پرونده بیمار- سقط جنین - شرح وظایف شاغلین حرف پزشکی

احتیاطات عمومی - تخلفات کیفی و انتظامی

روش و نحوه اجرای آموزش

مدت دوره: ۱۰ ساعت

اجرای آموزش: کتابخوانی

نوع آزمون: کتابخوانی

روش آزمون: الکترونیکی

فهرست :

۵	مقدمه:
۷	مفاهیم و قوانین
۲۰	رضایت و برائت
۶۳	اهمیت پرونده نویسی
۹۰	سقط جنین درمانی
۹۷	اهدای عضو
۱۰۳	تخلفات انتظامی و کیفری
۱۲۷	معرفی نمونه Case
۱۵۲	فهرست منابع:

هدف اصلی و غایی حرفه پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی تأمین بهبودی و سلامت بشریت است. تحقق این امر نه تنها از طریق علمی، بلکه از روش‌های اخلاقی صحیح و برقراری ارتباط با مددجو، قابل دسترسی می‌باشد. موضوع نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از کادر درمانی به دلیل تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی از مسایل مهم و مورد بحث جامعه می‌باشد که در مراکز پزشکی و حقوقی مورد بحث قرار می‌گیرد. افزایش حیطه اختیارات و مسئولیت پرستاران نسبت به گذشته ایجاب می‌نماید که پرستار دارای دانش و مهارت بالایی بوده و توانایی تصمیم‌گیری داشته باشد. در این صورت پرستاران باید قانون را به عنوان عنصر کلیدی کار خود بشناسند تا در فرآیند تصمیم‌گیری در موارد حقوقی حمایت و در صورت نیاز محافظت شوند. آشنایی با قوانین و مقررات و ضوابط حاکم بر حرفه پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی از اولویت‌های برنامه‌های آموزشی است و از این جهت، حرکت در چارچوب ضوابط و شرح وظایف حرفه ای از اهم اموری است که باید آنان را مورد توجه قرار دهند. قرار گرفتن پرستار در خط مقدم ارتباط با بیمار از جهت زمان و مکان و نوع خدمات ارائه شده، ضرورت قرار گرفتن گروه پرستاری را به عنوان الگوی ارائه اصول اخلاقی نشان می‌دهد که این موضوع، در اعتلاء و بهبود سلامتی (به ویژه از نظر روانی)، پیشگیری از بیماریها و تسکین درد مددجویان، نقش اولیه و اصلی را ایفا خواهد نمود. از این جهت آشنایی با محتویات قوانین و دستورالعمل‌های پرستاری و تغییرات آن، می‌تواند به عنوان راهنما جهت هدایت در برقراری مناسبات حین انجام وظیفه، مد نظر قرار گیرد و مسئولیت‌های محوله منطبق و سازگار با اخلاق حرفه‌ای و با کیفیت مطلوب ارائه گردد. زمانی که پرستاران مطابق با علوم روز پرستاری، خدمات خود را به بیماران ارائه می‌نمایند بایستی نسبت به ثبت آن و واکنشهایی که بیمار نسبت به درمان و خدمات فوق ارائه می‌دهد، بدون نگرانی اقدام نمایند تا بدینوسیله بتوانند با دانش پرستاری، به پزشک درمسیر تشخیص و درمان بیماری کمک نمایند.

پرستاران و کادر درمانی در هر مقام و موقعیتی در قبال بیمار بطور مستقیم و غیر مستقیم مسئول خطاهای خود می‌باشند. بنابراین اگر غفلت، عدم مهارت و سهل انگاری آنان در مسیر درمان و مراقبت و یا عدم رعایت نظامات دولتی و موازین پزشکی، باعث خسارت و ضرر بیماران گردد باید به جبران آن پردازند و از این رهگذر نیز امکان دارد علاوه بر پرداخت جریمه نقدی و یا خسارت مادی محکومیت جزائی نیز پیدا کنند. در نقطه مقابل،

چنانچه پرستار، پیراپزشک و ... اقدامات درمانی و یا وظایف محوله را مطابق موازین پزشکی و بر اساس دستورالعملها و بخشنامه‌های وزارت تابعه خود و مطابقت با استانداردهای حرفه‌ای کشور انجام داده و یا احساس مسئولیت، حسن نیت و بر اساس اصول اخلاقی عمل نماید، موقعیتی برای طرح شکایت از طرف بیمار باقی نمی‌ماند و در صورت طرح موضوع شکایت نیز بدون نتیجه خواهد ماند.

فصل ۱:

مفاهیم و قوانین

☞ **قانون:** استاندارد است که بوجود آمده تا رفتار انسانها را هدایت کند و یا به بیان دیگر می توان گفت که: قانون یکسری از مقررات یا سنت هاست که فعالیت ها را کنترل ، بایدها و نبایدها را به ما می گوید و تعهد به رفاه و آسایش اجتماع دارد. بنابراین قوانین در جستجوی وضعیت مطلوب برای فرد و گروه اجتماعی هستند و جهت انجام رسالت خود متکی به علوم اجتماعی و علوم رفتاری می باشند، لذا هنگامی که تداخلی در وضعیت طبیعی بوجود آید، مداخله می کنند. از طرف دیگر قانون ایستا نیست و با زمان در حرکت است و بسیاری از قوانین نیز ممکن است منسوخ گردند. در این ارتباط قوانین مختلفی درباره حقوق و مسئولیت های کادر درمانی وجود دارد که لازم است قبل از وارد شدن به مباحث اصول قوانین کادر درمانی، به تعریف تعدادی از مفاهیم کاربردی بپردازیم:

☞ **قانون مدون:** قانونی است که توسط هیئت مقننه در سطح دولت به تصویب می رسد که فرمان اجرایی چیزی را اعلام می کند یا آن را ممنوع می سازد.

☞ **قانون عمومی:** اشاره به ارتباط بین فرد و دولت می کند. شامل: قانون اساسی، قانون اجرایی، حقوق جزاء و حقوق مدنی است که ارتباط بین افراد را تعیین می کند، از قبیل رابطه بین پرستار و بیمار/مددجو

☞ **قانون مسئولیت مدنی:** قانون مدنی مربوط است به هر عمل اشتباه، ضرریا صدمه که با سهل انگاری انجام شود یا در موقعیت هایی که افراد کاملاً مسئول هستند اما نقض قرار داد وجود ندارد تا اقامه دعوی مدنی مطرح شود، کادر درمانی (پزشک، ماما، پرستار و سایر شاغلین حرف پزشکی) بیشتر با این قانون درگیر هستند، زیرا سهل انگاری در کار در این طبقه از قوانین قرار دارد.

☞ **سهل انگاری:** عمل نامناسب یا غیر اخلاقی است که توسط افراد حرفه ای انجام می شود و نتیجه آن صدمه به سایر افراد است.

🔸 **حیطه نحوه کار:** فعالیت هایی است که به عنوان قانون و مقررات حرفه ای مقرر می شود و افراد کادر درمانی (پزشک، ماما، پرستار و سایر شاغلین حرف پزشکی) باید آنها را انجام دهند.

🔸 **پوشش بیمه ای:** شاغلین حرف پزشکی باید بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکی داشته باشند تا در صورت بروز اتفاقات ناخواسته حرفه ای از این خدمات بیمه ای در پرداخت دیه استفاده نمایند.

🔸 **حقوق جزاء:** به اقدامات آسیب زا به مردم و اشخاص اطلاق می شود که متخلف، جهت ارتکاب به چنین تخلفی تنبیه می گردد. نمونه آن اعمال جنائی، غفلت در عدم ارائه نیازهای حیاتی بیماران، استفاده نامناسب از داروهای مخدر یا طبابت غیر قانونی است.

🔸 **تعهد:** مسئولیت قانونی جهت انجام عملیاتی است که عدم انجام اقدامات بر اساس استانداردها، باعث صدمه به سایر افراد می شود.

🔸 **قانون مرور زمان:** قانونی است که مشخص می کند شخصی که دچار آسیب شده، تا چند سال بعد از آن می تواند درخواست خسارت کند. در هر صورت، شاغلین حرف پزشکی ممکن است بعد از چند سال که خدمت ارائه داده است، در معرض دعوی قانونی قرار گیرد، زیرا گاهی اوقات دادگاه قانون مرور زمان را به نفع شاکی تمدید می کند (البته اگر قانون مرور زمان مسئله مهمی را شامل شود) برای مثال: هنگامی که بیمار به علت صدمه ای که به وی وارد شده است، دچار مشکل شود در این جا فرد مسئول (پزشک، ماما، پرستار و سایر شاغلین حرف پزشکی) در معرض تعقیب قانونی قرار می گیرند.

☞ مفهوم مسئولیت:

در لغت مسئولیت مصدر جعلی از مسئول، ضمانت، ضمان، تعهد و موأخذ است و در اصطلاح حقوقی مسئولیت « تعهد قانونی شخص بر رفع ضرری که به دیگری وارد کرده است.» آمده و « در همین معنا لفظ ضمان را به کار برده اند و معنی آن هر نوع مسئولیت اعم از مسئولیت مالی و مسئولیت کیفری است.»

امروزه در قلمرو حقوق هر زمان اصطلاح مسئولیت به کار می رود منظور تکلیف وارد کننده زیان نسبت به پاسخ گویی به زیان در مقابل دادگاه و بر عهده گرفتن آثار مدنی، کیفری، انتظامی آن است اعم از آن که در مقابل فرد یا جامعه زیان دیده باشد، هر دو « مسئولیت کیفری » و « مسئولیت مدنی » را در بر می گیرد.

یکی از انواع مسئولیت ها، مسئولیت پزشکی است که به چهار دسته تقسیم می شوند:

- (۱) مسئولیت اخلاقی
- (۲) مسئولیت مدنی
- (۳) مسئولیت انتظامی
- (۴) مسئولیت جزایی یا کیفری

☞ **مسئولیت اخلاقی:** پزشک و شاغلین حرف پزشکی در مقابل اعمال خود از دیدگاه اخلاق پزشکی و شرعی در پیشگاه خداوند مسئول می باشند.

☞ **مسئولیت مدنی:** هنگامی مطرح می شود که در نتیجه اعمال پزشکی زبانی متوجه شخص حقیقی گردد.

ماده (۱) قانون مسئولیت مدنی بیان می دارد: هر کسی بدون مجوز قانونی عمدا یا در نتیجه بی احتیاطی به جان یا سلامتی یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجاری یا هر حق دیگر که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده، لطمه ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود، مسئول جبران خسارات ناشی از اعمال خود می باشد و بدین ترتیب مسئولین مدنی بر مبنای تقصیر استوار شده است.

برای تحقق مسئولیت مدنی سه شرط لازم است:

(۱) وجود ضرر

(۲) فعل زیان آور

(۳) رابطه سببیت

☞ **وجود ضرر:** شرط اقامه دعوا مسئولیت مدنی وجود ضرر است. اگر در اثر آسیب که به بدن یا سلامتی کسی وارد شود و در بدن او نقص پیدا شود، یا قوه کار عضو زیان دیده کم گردد یا موجب افزایش مخارج زندگی گردد، وارد کننده زیان مسئول جبران خسارت می باشد.

☞ **فعل زیان آور:** شخص با انجام عمل یا ترک فعل باعث آسیب و زیان گردد. عامل فعل زیان بار ممکن است شخص خوانده و یا اشخاصی که پاسخ گوی آنهاست و یا اشیائی که تحت محافظت وی می باشند. پس به

لحاظ انجام **فعل زیان بار مسئولیت مدنی بر سه نوع است:**

(۱) مسئولیت ناشی از فعل شخص

(۲) مسئولیت ناشی از فعل غیر

(۳) مسئول ناشی از مالکیت

☞ **رابطه سببیت:** برای آنکه زیان دیده بتواند وارد کننده زیان را محکوم به پرداخت خسارت نماید، باید علاوه بر اثبات تقصیر و انجام فعل زیان بار رابطه سببیت بین ورود ضرر و انجام فعل زیان بار را نیز به اثبات برساند. ماده (۱) مسئولیت مدنی می گوید: شخص مقصر مسئول جبران خسارت ناشی از عمل خود می باشد و ماده (۲) قانون مسئولیت مدنی در موردی که عمل وارد کننده زیان موجب خسارت مادی یا معنوی زیان دیده شود دادگاه پس از رسیدگی و اثبات این امر او را به جبران خسارت مزبور محکوم می نماید.

☞ انواع مسئولیت مدنی:

(۱) مسئولیت قراردادی: در نتیجه اجرا نکردن تعهدی که از عهد ناشی می شود بوجود می آید. کسی که به

عهد خود وفا نکند و موجب ضرر به هم پیمانانش می شود باید از عهده خسارت وارده برآید. به عبارت دیگر مسئولیت قراردادی عبارت است از تعهدی که در نتیجه تخلف از مفاد خصوصی برای اشخاص ایجاد می شود.

(۲) مسئولیت خارج از قرارداد: این مسئولیت زمانی ایجاد می شود که دو شخص هیچ پیمانی با هم ندارند

و یکی از آن دو به عمد یا خطا به دیگری زیان می رساند ایفای ناروا، عقب، تسبب، اتلاف از مصادیق آن است.

☞ مسئولیت انتظامی:

شاغلین حرف پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی و نظامات دولتی صنفی و حرفه ای انجام وظیفه کرده و از هر گونه سهل انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند. در واقع اگر پزشک کوتاهی در امر درمان انجام دهد ولی بدنبال کوتاهی صورت گرفته بیمار دچار نقص عضو و فوت نشود پزشک تنها مرتکب تخلف انتظامی شده است.

☞ مسئولیت کیفری یا جزائی:

در مسئولیت مدنی متضرر از خسارت افراد هستند در حالی که در مسئولیت جزائی متضرر از جرم جامعه می باشد. (طبق ماده دو ۲) قانون مجازات اسلامی هر فعل یا ترک فعلی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد جرم محسوب می شود در واقع هر تخلفی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد، تخلف کیفری می باشد و مسئولیت کیفری به عهده شخص خطا کار می باشد. هر نوع تقصیر قابل استناد به پزشک موجب مسئولیت وی می گردد اعم از این که ماهیت آن قرار دادی یا جزائی (نظام عمومی) باشد. **از این دیدگاه قصور در انجام**

وظیفه موجب مسئولیت شاغلین حرف پزشکی می باشد. بنابراین اگر پزشک و شاغلین حرف پزشکی

به دنبال کوتاهی در امر درمان موجب ایجاد نقص عضو یا فوت بیمار گردند، باید ارش نقص عضو و اگر فوت صورت پذیرد، باید دیه پرداخت نماید.

قصور یا تقصیر پزشکی (medical negligence):

قصور یا تقصیر پزشکی عبارتست از کوتاهی در اجرای استاندارد مراقبت های پزشکی که باید به عمل آید.

در حقیقت قصور عبارتست از ((ترک فعل لازم و یا انجام فعل ممنوعه))

بنابراین عدم نتیجه گیری مطلوب در درمان یک بیمار، ضرورتاً به معنی قصور یا تقصیر پزشک نبوده و عدم تشخیص یک بیماری به دنبال شرح حال درست، معاینه بالینی کامل و آزمایشات پاراکلینکی لازم، قصور محسوب نمی شود.

لذا قصور شامل: مواردی است که اقدامات پزشکی و درمان ارائه شده به بیمار توسط سیستم بهداشتی-

درمانی، بیمارستان، پزشک، پرستار، ماما و سایر حرف پزشکی) طبق موازین علمی نبوده و باعث ضرر و زیان بیمار گردد **پس تقصیر پزشکی منحصر پزشکان نبوده و تمامی رشته های وابسته به پزشکی که به**

نحوی دست اندر کار ارائه خدمات پزشکی به بیماران می باشند، را شامل می شود.

طبق ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی، **تقصیر شامل: بی احتیاطی و بی مبالاتی است.** مسامحه، غفلت و عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آنها حسب مورد از مصادیق بی احتیاطی یا بی مبالاتی محسوب می شوند.

بی مبالاتی: به علت انجام ندادن فعلی، بیمار آسیب می بیند. مانند عدم انجام معاینه فیزیکی، عدم گرفتن

شرح حال، عدم کنترل علائم حیاتی و عدم انجام اقدام کلینیکی و پاراکلینیکی که به علت انجام ندادن آن اقدام، بیمار دچار نقص عضو و یا فوت می گردد.

❖ **بی احتیاطی:** به دنبال انجام فعلی بیمار دچار نقص عضو و یا فوت می گردد. به عنوان مثال: به علت بی احتیاطی و عدم دقت در انجام سزارین پارگی حالب ایجاد شده و برای بیمار نقص عضوی ایجاد می شود.

❖ **عدم تجربه:** به علت کمی مهارت، فعلی انجام می پذیرد و بیمار دچار آسیب می شود. به عنوان مثال: پزشک یک عمل جراحی انجام می دهد، ولی به علت عدم مهارت در انجام آن، بیمار آسیب می بیند. در اینجا پزشک مسئول می باشد.

❖ **عدم رعایت نظامات دولتی:** قوانین و مقررات، آئین نامه و بخش نامه هایی که از سوی وزارت بهداشت و درمان و یا دانشگاه ها وضع شده است توسط پزشک و شاغلین حرف پزشکی رعایت نمی گردد و بیمار آسیب می بیند.

❖ لذا برای اثبات تقصیر پزشک باید موارد زیر به اثبات برسد:

(۱) پزشک وظیفه مراقبت (care) را بر عهده داشته باشد.

(۲) کوتاهی در انجام وظیفه وجود داشته باشد.

(۳) در اثر این نقص به بیمار آسیب جسمی یا روانی وارد شده باشد.

اگر به دنبال دارویی که اشتباه تجویز شده است بیمار آسیب ببیند باید به میزان خسارت ایجاد شده

دیه و ارش پرداخت شود.

❖ **متهم:** شخصی که ارتکاب یک یا چند تخلف از جانب اشخاص حقیقی یا حقوقی ذینفع به او نسبت داده شده و پرونده وی در دادسرای انتظامی یا هیات بدوی یا تجدید نظر یا عالی انتظامی مطرح و در جریان رسیدگی می باشد.

❖ **متخلف:** شخصی که پرونده وی به لحاظ ارتکاب یک یا چند تخلف در دادسرای انتظامی مورد رسیدگی قرار گرفته و توجه تخلف به نامبرده محرز گردیده و در هیات بدوی یا تجدید نظر انتظامی منجر به صدور رای محکومیت قطعی برای او گردیده است.

☞ **شاکی:** شخص حقیقی یا حقوقی که ارتکاب تخلف یا تخلفاتی را به یکی از شاغلان حرف پزشکی و مشاغل وابسته نسبت داده و موضوع را کتباً به دادسرای انتظامی پزشکی اعلام و درخواست رسیدگی نموده‌است.

☞ **دلیل:** عبارت است از امری که متهم یا اعلام کننده اتهام (شاکی) برای دفاع از خود در رد اتهام وارده یا دفاع از شکایت خود در اثبات تخلف به آن استناد می‌نماید.

☞ **شاهد:** شخص حقیقی است که اظهارات یا گواهی وی برای اثبات یا رد اتهام یا کمک به رد یا اثبات اتهام و کشف حقیقت امر موثر است.

☞ **مطلع:** شخص حقیقی است که اطلاعات و آگاهی او در خصوص ادعای شاکی یا متهم می‌تواند مفید باشد و در کشف حقیقت کمک نماید.

☞ **دفاعیه:** عبارت است از دلایل و مدارک و مستنداتی که متهم پرونده در جهت رد اتهام یا اتهامات انتسابی بطور کتبی به دادسرای انتظامی یا هیات رسیدگی کننده ارائه می‌نماید.

☞ **جرم:** هر فعل و یا ترک فعلی که برای آن در قانون مجازات تعیین شده باشد جرم می‌گویند و یا به عبارتی عمل مثبت یا منفی است که قانون آن را منع کرده و برای ارتکاب آن مجازاتی مقرر شده باشد.

☞ **انواع جرایم:**

(۱) **جرایم عمد:** به جرایمی اطلاق می‌شود که مرتکب با اختیار و اراده و با قصد معین و معلوم و داشتن شعور به ارتکاب آن مبادرت ورزد.

(۲) **جرایم شبه عمد:** به جرایمی اطلاق می‌شود که مرتکب قصد انجام عمل مجرمانه را دارد اما قصد نتیجه کسب شده را ندارد به عبارت دیگر از عمل مجرم نتیجه ای حاصل شود که قصد مجرم نبوده است.

(۳) **جرایم غیر عمد (خطا محض):** به آن دسته از جرایم اطلاق می‌شود که عنصر معنوی ای خطای کیفری تشکیل شده باشد و نه عمد و سوء نیت

تعریف دیه :

طبق ماده ۴۴۵ قانون مجازات اسلامی « دیه مقدار مال معینی است و در شرع مقدس به سبب جنایت غیر عمدی بر نفس، عضو یا منفعت یا جنایات عمدی در مواردی که به هر جهت قصاص ندارد، مقرر شده است ». مطابق تعریف دیه در این ماده، می توان گفت شرایط تعیین دیه شامل دو مورد زیر است :

- (۱) اول در مورد جرایم عمدی است که به دلایلی منجر به قصاص نمی شوند. مانند حالتی که قتلی صورت گیرد و خانواده مقتول با قاتل توافق کنند و به جای قصاص، مطالبه دیه نمایند.
- (۲) حالت دوم زمانی است که جرایم غیر عمدی (شامل جرم شبه عمد و جرم خطای محض) صورت گرفته باشد که در این صورت نیز مرتکب با پرداخت دیه مجازات می شود.

تعریف ارش :

طبق ماده ۴۴۶ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۹۲ ارش به این صورت تعریف شده است: "ارش، دیه غیرمقدر است که میزان آن در شرع تعیین نشده است و دادگاه با لحاظ نوع و کیفیت جنایت و تأثیر آن بر سلامت مجنی علیه و میزان خسارت وارده با در نظر گرفتن دیه مقدر و با جلب نظر کارشناس میزان آن را تعیین می کند . مقررات دیه مقدر در مورد ارش نیز جریان دارد مگر اینکه در این قانون ترتیب دیگری مقرر شود " .

بنابر این ماده می تواند در تعریف ارش گفت که ارش، میزان خسارتی که باید بابت صدمه به عضوی از بدن پرداخت شود که مقدار آن در قانون مشخص نشده است. برای مثال دیه دست در قانون مشخص است اما دیه رگ عصبی دست مشخص نشده است. خسارتی که بابت رگ عصبی پرداخت می شود چون مقدار آن به طور مستقیم توسط قانون گذار مشخص نشده است، ارش نامیده می شود.

قواعد عمومی دیه اعضاء:

ماده ۵۵۸- در جنایت غیر عمدی بر اعضاء و جنایت عمدی که قصاص در آن ممکن نیست یا بر دیه، مصالحه شده و مقدار آن مشخص نشده است به شرح مقرر در این قانون، دیه ثابت می شود.

ماده ۵۵۹- هر گاه در اثر جنایت صدمه ای بر عضو یا منافع وارد آید چنانچه برای آن جنایت در شرع دیه مقدر یا نسبت معینی از آن به شرح مندرج در قانون مقرر شده باشد مقدار مقرر و چنانچه شرعا مقدار خاصی برای آن تعیین نشده، ارزش آن قابل مطالبه است.

ماده ۵۶۳- از بین بردن هر یک از اعضای فرد و هر دو عضو از اعضای زوج، دیه کامل و از بین بردن هریک از اعضای زوج، نصف دیه کامل دارد. خواه عضو مزبور از اعضای داخلی بدن باشد خواه از اعضای ظاهری، مگر اینکه در قانون ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

ماده ۵۶۴- فلج کردن عضو دارای دیه معین، دو سوم دیه آن عضو و از بین بردن عضو فلج، یک سوم دیه همان عضو را دارد. در فلج کردن نسبی عضو که درصدی از کارایی آن از بین می رود، باتوجه به کارایی از دست رفته، ارزش تعیین می گردد.

ماده ۵۶۵- از بین بردن قسمتی از عضو یا منفعت دارای دیه مقدر به همان نسبت دیه دارد به این ترتیب که از بین بردن نصف آن به میزان نصف و از بین بردن یک سوم آن به میزان سوم دارای دیه است مگر اینکه در قانون ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

تبصره ۱: در مواردی که نسبت از بین رفته قابل تشخیص نباشد، ارزش تعیین می شود.

تبصره ۲: هرگاه جنایت، عضو را در وضعیتی قرار دهد که به تشخیص کارشناس، مجنی علیه ناگزیر از قطع آن باشد دیه قطع عضو ثابت می شود.

ماده ۵۶۶- دیه اعضائی که با پیوند و امثال آن در محل عضو از بین رفته، قرار گرفته است و مانند عضو اصلی دارای حیات می شوند به میزان دیه عضو اصلی است و اگر دارای حیات گردد ولی از جهت دیگری معیوب شود، دیه معیوب را دارد. از بین بردن اعضای مصنوعی، تنها موجب ضمان مالی است.

ماده ۵۳۸- در تعدد جنایات، اصل بر تعداد دیات و عدم تداخل آنها است مگر مواردی که در این قانون خلاف آن مقرر شده است.

میزان دیه در سال ۱۳۹۳ صد و پنجاه میلیون تومان می باشد و همان طور که در قانون مجازات اسلامی قید شده در مواردی که عضوهای مختلفی آسیب می بیند باید دیه آن عضو نیز پرداخت شود. به عنوان مثال: اگر کسی به دنبال خطای پزشکی فوت نماید باید دیه فوت پرداخت شود ولی اگر دچار زندگی نباتی شود و دیه زوال عقل، بی اختیاری ادرار و مدفوع، فلج چهار اندام باید پرداخت شود که گاهی تا پنج دیه کامل نیز می رسد. به عنوان مثال متخصص زنان و زایمان و یا ماما به علت تاخیر در زایمان مرتکب کوتاهی گردد که به میزان صد درصد مقصر باشد و نوزاد دچار فلج مغزی شود، باید تمامی دیه های موارد اعلام شده را پرداخت نماید در موارد تقصیر و قصور رشته زنان و زایمان و مامایی به علت این که مادر و جنین سر و کار دارند، همیشه دیه مادر و جنین مطرح می باشد و پس از چهار ماهگی که ولوج روح صورت می گیرد جنین دارای دیه کامل می باشد. اگر چند قلویی باشد، هر قل دیه جداگانه دارند.

مهلت پرداخت دیه

ماده ۴۸۸- مهلت پرداخت دیه، از زمان وقوع جنایت به ترتیب زیر است مگر این که به نحو دیگری تراضی شده باشد:

(۱) در عمد موجب دیه، ظرف یک سال قمری

(۲) در شبه عمد، ظرف دو سال قمری

(۳) در خطای محض، ظرف سه سال قمری

تبصره: هر گاه پرداخت کننده در بین مهلت های مقرر نسبت به پرداخت تمام یا قسمتی از دیه اقدام نماید، محکوم له مکلف به قبول آن است.

ماده ۴۸۹- در جنایت خطای محض، پرداخت کننده باید ظرف هر سال، یک سوم دیه و در شبه عمدی، ظرف هر سال نصف دیه را بپردازد.

ماده ۴۹۰- در صورتیکه پرداخت کننده بخواهد هر یک از انواع دیه را پرداخت نماید و یا پرداخت دیه به صورت اقساطی باشد، معیار، قیمت زمان پرداخت است مگر آنکه بر یک مبلغ قطعی توافق شده باشد.

ماده ۴۹۱- در مواردی که بین مرتکب جنایت عمدی و اولیای دم مجنی علیه بر گرفتن دیه توافق شود لکن

مهلت پرداخت آن مشخص نگردد، دیه باید ظرف یکسال از حین تراضی پرداخت گردد.

فصل دوم:

رضایت و براءت

(۱) مفهوم رضایت و اذن: هر چند مفهوم رضایت و اذن از جهت عرفی اصولاً مترادف یکدیگر بکار برده می شوند لیکن از جهت حقوقی این دو مفهوم تا حدی با یکدیگر دارای تفاوت می باشند.

(۲) مفهوم حقوقی اذن: اعلام رضایت است از طرف کسی که قانوناً صلاحیت این اعلام را داشته باشد. اذن قبل از تصرف است و اغلب مانع ضمان است، به عبارت دیگر اذن در اصطلاح حقوقی بیشتر برای بر طرف کردن مانع و اجازه تصرف از سوی مالک یا قانون گذار بکار می رود به این معنا که مالک یک مال با توجه به حقی که در مال مورد نظر دارد این توانایی را دارد که تصرف اشخاص در مال مذکور را مشروعیت بخشد و این اذن هم در تصرف اموال می تواند موثر باشد و هم در انقاس.

(۳) مفهوم حقوقی رضایت: رضایت نیز از مقوله اذن است اما اذن دارای ماهیت عامی نسبت به رضایت می باشد. به این معنا که رضایت میل قلبی بر انجام یک فعل است، در حالیکه اذن علاوه بر میل قلبی دارای ماهیت انشایی نیز می باشد. رضایت در لغت به معنی خشنودی، اجازه و رخصت آمده است. در رضایت مجنی علیه یعنی تمایل قلبی و موافقت مجنی علیه به این که تعرضی بر خلاف علیه حقوق و آزادی های او انجام گیرد.

حال این پرسش پیش می آید که چنانچه شخصی نسبت به وقوع جرم علیه خود رضایت داشته باشد آیا مرتکب فعل مجرمانه با استناد به رضایت مجنی علیه می تواند از تعقیب کیفری رهایی یابد؟

به عبارت دیگر آیا رضایت سبب جرم نبودن عمل است؟

در بیانی عام، علمای حقوق در پاسخ به این امر چنین بیان داشته اند که: چنانچه مجازات برای دفاع از منافع تاسیس و تشریح شده بود، شاید پاسخ این سؤال مثبت بود ولی با توجه به این که در بحث از تعقیب کیفری و اعمال مجازات به منظور حمایت از حقوق جامعه می باشد و مجرم در ارتکاب جرم نظم جامعه را بر هم زده است (علاوه بر زیان به افراد) جنبه رضایت مجنی علیه تاثیر در ماهیت عمل مجرمانه نداشته زیرا متغیر از جرم جامعه است و حق مجازات از جمله حقوق عمومی می باشد. بنابراین رضایت منجی علیه و رفع

تقصیر مرتکب نیست و نمی توان آن را دلیل و مانع از اجرای مجازات دانست. در مجموع طبق ماده ۱۵۸ قانون مجازات نمی شود که اقدامات سه شرط را رعایت کرده باشد:

(۱) اقدام وی مشروع باشد.

(۲) رضایت اخذ نموده باشد.

(۳) موازین علمی را رعایت کرده باشد همانطور که ذکر شده است یکی از ارکان مبراء شدن از جرم دریافت رضایت می باشد و اگر پزشک و کادر درمان رضایت قبل از درمان را اخذ نکرده باشد، مرتکب جرم و مستوجب مجازات می باشد.

ماده ۱۵۸- علاوه بر موارد مذکور در موارد قبل، ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب می شود، در موارد زیر قابل مجازات نیست:

هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستاران یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و عملی و نظامات دولتی انجام می شود. ((در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.))
به هر تقدیر در بیانی مختصر می توان رضایت بیمار بر اقدام درمانی را چنین بیان داشت: ((موافقت آگاهانه و مشروع نسبت به انجام اقدامات پزشکی درمانگر بر جسم و جان درمان شونده))

تأثیر رضایت در ارکان وقوع جرم:

گاه فقدان رضایت اشخاص یکی از ارکان وقوع جرم می باشد به عبارتی قانون گذار یکی از شروط تحقق جرم را عدم رضایت مجنی علیه بر شمرده است. لیکن در این باب باید متذکر گردید که هنگامی رضایت وصف مجرمانه عمل را زایل می کند که پیش از انجام فعل باشد. همچنین رضایت مجنی علیه باید عاری از عیب باشد و به درستی و آزادانه ابراز گردیده باشد.

بنابراین چنانچه رضایت مجنی علیه بر اثر فریب وی اخذ شده باشد و یا رضایت ناشی از قهر و اجبار باشد این رضایت نه تنها منشاء اثر نیست بلکه حسب طریقه تحصیل خود می تواند منشاء عنوان مجرمانه دیگری نیز باشد.

به علاوه باید اشاره داشت که رضایت مجنی علیه هنگامی موثر است که خود رضایت دهنده شخصی عاقل و بالغ باشد. بنابراین رضایت کودک شرط شروع درمان نمی باشد و حتما رضایت باید قبل از اقدامات درمانی و جراحی اخذ گردد، تا در محاکم قضایی اعتبار داشته باشد.

🔹 **تأثیر رضایت بر مسئولیت مدنی:**

اصولا در خصوص تأثیر اذن و رضایت بر مسئولیت مدنی پزشکی نظر بر این که رضایت و یا اذن بر درمان تنها موجب اباحه عمل می گردد و بر مسئولیت مدنی بی تأثیر است.

رضایت برای شروع اقدام درمانی ضروری است و به سه دسته تقسیم می شود:

(۱) رضایت تلویحی

(۲) رضایت شفاهی

(۳) رضایت کتبی

رضایت تلویحی: ورود بیمار به مطب و بیمارستان یعنی به پزشک تلویحا اجازه درمان داده شده است.

رضایت شفاهی: که بیمار شفاها اجازه درمان را می دهد.

رضایت کتبی: یعنی اجازه درمان به صورت کتبا داده می شود.

🔹 **شرایط رضایت:**

(۱) آگاهانه باشد.

(۲) ازادانه باشد.

(۳) رضایت دهنده باید عاقل و بالغ و واجد اهلیت قانونی باشد.

(۴) رضایت باید قبل از عمل جراحی یا مقارن با آن باشد.

✍ **شرایط اهلیت قانونی شامل:** بلوغ، عقل و رشد می باشد.

طبق ماده ۱۲۰۹ قانون مدنی سن ۱۸ سالگی را سن رشد می دانست ولی با اصلاح قانون در حال حاضر طبق تبصره ۱ ماده ۱۲۱۰ قانون مدنی سن بلوغ برای پسر ۱۵ سال و برای دختر ۹ سال قمری می باشد. ولی با توجه به این که درمان در واقع عقد قرار داد مالی بین بیمار و پزشک نیز می باشد، سن ۱۸ سال را برای رضایت در نظر گرفته می شود.

طبق ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی اخذ رضایت در موارد اورژانس ضروری نمی باشد. در واقع

اگر بدون رضایت در موارد اورژانس اقدام درمانی یا جراحی صورت پذیرد پزشک مرتکب جرم نمی شود. در واقع ماده ۱۵۸ اعلام می کند که چه وقت پزشک و کادر درمان مجازات نمی شوند. هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود، مجازات نمی شود و در موارد فوری (اورژانس) اخذ رضایت ضروری نخواهد بود در واقع در ماده ۱۵۸

قانون مجازات اسلامی برای این که کادر درمان مجازات نشوند سه شرط ذکر شده است:

(۱) عمل جراحی و طبی باید مشروع باشد.

(۲) رضایت وجود داشته باشد.

(۳) رعایت موازین علمی و نظامات دولتی انجام شود.

در واقع هر کدام از این سه شرط رعایت نشود پزشک مجازات می گردد. در واقع با اخذ رضایت مسئولیت کیفری پزشک ساقط می شود. از دیدگاه فقها امامیه نیز رضایت بیمار شرط اساسی برای مشروعیت معالجه است و طبیب در صورت اخذ رضایت بیمار با اولیاء وی ضامن نمی شود.

نکات کلیدی اخذ رضایت آگاهانه از بیمار:

(۱) فرد رضایت دهنده باید عاقل، بالغ، دارای صلاحیت حقوقی و قانونی باشد.

(۲) در مواردی که بیمار نابالغ یا سفیه است باید از ولی یا قیم قانونی او اخذ رضایت شود.

۳) در مواردی که جان بیمار در خطر است و سایر موارد اورژانسی مثلا در خونریزی های شدید نیازی به اخذ رضایت نیست.

۴) در انجام اقدامات درمانی در هیچ قسمت از قانون ذکری از رضایت همسر نیامده است ولی در صورت امکان بهتر است رضایت همسر نیز اخذ شود.

۵) در انجام سقط جنین درمانی در قانون صراحتا قید شده تنها با رضایت مادر انجام می شود.

۶) مهمترین اقدام در اخذ رضایت آگاهی دادن می باشد و پزشک باید مطمئن شود که بیمار درک لازم را داشته و می تواند تصمیم گیری نماید.

۷) انجام اخذ رضایت توسط پزشک در ایجاد رابطه پزشک و بیمار بسیار کمک کننده بوده و باعث پیشگیری از قصور می گردد.

برائت:

برائت خالی بودن دمه شخص معین از تعهد را گویند.

طبق ماده ۲۸۹ قانون مدنی شخص از حق خود به اختیار صرف نظر می کند.

شرایط برائت مانند شرایط رضایت می باشد. برائت برای آگاهی بیمار از عوارض موجود و شایع می باشد و پزشک باید عوارض شایع را برای بیمار توضیح دهد و در صورت اجازه بیمار اقدام درمانی یا جراحی را شروع نماید و در صورت رعایت موازین علمی و فنی دیگر پزشک ضامن خسارت نمی باشد.

حال این سؤال مطرح است که چنانچه پزشک صدمه ای را به منظور درمان به بیمار وارد آورد و یا مسبب آن

گردد، از جهت قواعد و اصول حقوق جزا و مسئولیت مدنی، می توان او را مسئول دانست یا خیر؟

چنانچه پزشک را مسئول بدانیم، امر طبابت و اقدامات پزشکی دچار توقف خواهد شد زیرا دیگر هیچ طبیبی حاضر به درمان بیمار نخواهد شد آن هم به این جهت که تأیید درمان بر اساس اقتضای طبیعت هر بیمار ممکن است نتیجه های متفاوتی را در بر داشته باشد که خارج از کنترل پزشک و یا اقدامات بشر است.

حال باید بررسی نمود که بر پایه اصول و قواعد حقوقی مطروحه چگونه می تواند حد وسطی را در توجیه

مسئولیت یا عدم مسئولیت پزشک ارائه نمود که موافق قوانین موجود و صلاح دید جامعه نیز باشد؟

موجبات ضمان:

ماده ۴۹۲- جنایت در صورتی موجب قصاص یا دیه است که نتیجه حاصله مستند به رفتار مرتکب باشد

اعم از آن که به نحو مباشرت یا به تسبیب یا به اجتماع آن ها انجام شود.

ماده ۴۹۳- وجود فاصله زمانی، میان رفتار مرتکب و نتیجه ناشی از آن، مانع از تحقق جنایت نیست مانند

فوت ناشی از انتقال عامل بیماری کشنده، که حسب مورد موجب قصاص یا دیه است. حکم این ماده و ماده (۴۹۲)

این قانون در مورد کلیه جرائم جاری است.

ماده ۴۹۴- مباشرت آن است که جنایت مستقیماً توسط خود مرتکب واقع شود.

ماده ۴۹۵- هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است

مگر آن که عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب

تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت

از او بدلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می شود.

ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم

دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان های مربوطه به

اعطای برائت به طبیب اقدام می نماید.

ماده ۴۹۶- پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می نماید، در

صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده (۴۹۵) این قانون عمل نماید.

تبصره ۱: در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بداند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می شود

و با وجود این به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار

است.

تبصره ۲: در قطع عضو یا جراحات ایجاد شده در معالجات پزشکی طبق ماده (۴۹۵) این قانون عمل می شود.

ماده ۴۹۷- در موارد ضروری که تحصیل براءت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

ماده ۵۱۰- هر گاه شخصی با انگیزه احسان و کمک به دیگری رفتاری را که به جهت حفظ مال، جان، عرض یا ناموس او لازم است، انجام دهد و همان عمل موجب صدمه و یا خسارت شود در صورت رعایت مقررات قانونی و نکات ایمنی ضامن نیست.

ماده ۵۲۹- در کلیه مواردی که تقصیر موجب ضمان مدنی یا کیفری است، دادگاه موظف است استناد نتیجه حاصله به تقصیر مرتکب را احراز نماید.

اخذ براءت از بیمار یا ولی وی در قرارداد درمان یا افراد به براءت قبل از عمل جراحی هیچ گونه اثری در رفع مسئولیت پزشک نداشته و ندارد زیرا شرط عدم مسئولیت (یعنی حصول براءت پیش از درمان) مانع از ضمان پزشک در فرض عدم تقصیر است و در صورت تقصیر مانع از ضمان نخواهد بود لیکن این بیمار است که باید تقصیر پزشک را اثبات نماید. به عبارت دیگر اثر مهم شرط براءت در پیمان درمان این است که پزشک را از ضمان مفروض در قانون معاف می کند و در صورتی مسئول قرار می گیرد که زیان دیده بتواند تقصیر نامتعارف و غیر قابل اغماض پزشک را ثابت کند.

در کشور ما پزشکان بیشتر به گرفتن ((رضایت)) بسنده می کنند و در نتیجه دچار مشکلاتی که ناشی از عدم گرفتن ((براءت)) است، می شوند. زیرا گرفتن رضایت مسئولیت کیفری را منتفی می سازد ولی اگر براءت حاصل نشود می تواند منجر به مسئولیت مدنی شود.

طبق موارد اعلام شده برای این که پزشک، ماما و پرستار و سایر شاغلین حرف پزشکی ضامن خسارت ایجاد شده نباشند، باید عمل آنها مطابق با مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه براءت گرفته باشند و مرتکب تقصیری هم نشود در موارد اورژانس اخذ براءت نیز ضروری نمی باشد.

همان طوری که ذکر شد رضایت در واقع اجازه برای شروع درمان و جراحی می باشد و براءت برای عوارض درمان و جراحی می باشد. کادر درمان (پزشک، ماما و پرستار و سایر شاغلین حرف پزشکی) حق دخالت در امر درمان را ندارد مگر بیمار به آنها اجازه بدهد و پس از کسب اجازه اگر آن درمان و یا جراحی عوارضی دارد ،

توضیحات کامل باید ارائه شود و راه های جایگزین درمان و جراحی توضیح داده شود تا بیمار با آگاهی کامل از روش درمان و جراحی، به پزشک براءت دهد در آن صورت، اگر درمان یا جراحی با رضایت و براءت آگاهانه انجام شده باشد و تقصیر و کوتاهی از سوی کادر درمان رخ نداده باشد در این جا است که اگر عارضه ای ایجاد شود دیگر پزشک، ضامن خسارت ایجاد شده نمی باشد.

به عنوان مثال: خانم بارداری به متخصص جراحی مراجعه می نماید و سابقه سزارین قبلی دارد و پزشک برای بیمار توضیح کامل می دهد که به علت چسبندگی قبلی احتمال آسیب اعضا مجاور در حین عمل جراحی وجود دارد، اگر در حین عمل به علت چسبندگی شدید عضو مجاور آسیب ببیند **اگر پزشک معالج کلیه موازین علمی را رعایت کرده باشد و کوتاهی در امر جراحی نداده باشد**، آسیب عضو جزء عوارض ناخواسته حین عمل جراحی در نظر گرفته می شود و پزشک مقصر نمی باشد. حال اگر آگاهی کامل در این زمینه داده نشود پزشک معالج دچار تقصیر پزشکی می گردد و ضامن خسارت می باشد. در مواقعی که قصور یا تقصیر پزشکی رخ می دهد پرونده در کمیسیون پزشکی بررسی و ممکن است کادر درمان مبرا از تقصیر شوند یا اگر مرتکب کوتاهی شوند به میزان درصد کوتاهی بصورت نسبی از یک درصد تا صد درصد خسارت اعلام می شود.

به عنوان مثال: اگر پزشک عمومی مرتکب تقصیر پزشکی به میزان ۳۰ درصد شده باشد باید ۳۰ درصد از خسارت وارد شده را در مورد عضوی که نقص عضو در آن ایجاد شده، را پرداخت نماید و یا اگر فوت رخ داده باشد باید ۳۰ درصد از دیه فوت را پرداخت نماید.

انواع رضایت نامه از دیدگاه مدارک پزشکی

توجه: تمامی انواع رضایت نامه ها باید دارای امضاء یا اثر انگشت مشخص بیمار باشد. (در صورتیکه

بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد باید توسط ولی یا

سرپرست قانونی وی تکمیل گردد.)

(۱) رضایت نامه معالجه و عمل جراحی

مسئولیت اصلی تفهیم رضایت نامه معالجه و عمل جراحی با پزشک معالج می باشد، زیرا طبق حقوق بیمار، پزشک معالج بیمار باید در ارتباط با روش درمان و درصد خطر پذیری؛ ریسک درمان و ...، اطلاعاتی به بیمار بدهد اما این رضایتنامه بطور رسمی در زمان پذیرش بیمار و ورود او به سیستم درمانی توسط پرسنل واحد پذیرش بیمارستانها تنظیم و به امضاء می رسد.

در این صورت باید مامورین پذیرش بیماران، آموزش لازم را برای انجام این کار دیده باشند و بتوانند در خصوص

عمل مورد نظر توضیحات کلی را در اختیار بیمار قرار دهند. **محتوای این رضایتنامه به شرح ذیل است:**

اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجانب

بیمار/ولی بیمار ساکن.....

اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب/بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله براثت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.

امضاء شاهد (۱)

تاریخ شاهد (۲)

(۲) رضایت نامه ترخیص با میل شخصی

همانطوری که می دانیم بیمار در انتخاب پزشک، بیمارستان و خاتمه دادن به درمان خود در زمان بستری ، در صورتیکه ترخیص او مضر به حال افراد و سلامت جامعه نباشد ، مختار است. بنابراین بیمار بستری در هر زمان و مرحله از فرایند درمانش به هر دلیلی ، در صورت تقبل کتبی مسایل و مشکلات ناشی از ترخیص با میل شخصی می تواند از پزشک معالج و کادر پرستاری خودش درخواست ترخیص موقت و یا دائم نماید و پس از تسویه حساب و پرداخت وجوه خدمات ارائه شده ، از بیمارستان مرخص گردد.

در زمان چنین درخواستی از طرف بیمار معمولاً پزشک معالج و پرستار مربوطه خطرات ناشی از این تقاضا را به آگاهی بیمار می‌رسانند و در صورتی که بیمار متقاعد نشد و بر اجرای درخواست خود اصرار ورزید، با ثبت توصیه‌ها در برگ دستورات پزشک و حتی گزارش پرستاری و با اخذ رضایت نامه کتبی از بیمار تمهیدات لازم برای ترخیص وی انجام می‌گیرد و در این صورت مسئولیتی متوجه پزشک معالج و کادر پرستاری بخش مربوطه نخواهد بود.

همانطوری که ملاحظه می‌شود، این رضایت نامه به تناسب نیاز و براساس درخواست و میل بیمار در داخل بخش درمانی و توسط کادر درمانی تنظیم و اخذ می‌گردد و لازم است که در خصوص رضایت نامه گرفتن و رعایت شرایط تنظیم این سند رسمی، کادر پرستاری نیز آموزش لازم را دیده باشند. متن این رضایتنامه به شرح ذیل تنظیم گردیده است:

اجازه ترخیص با میل شخصی

اینجانب با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان.....
این مرکز را ترک می‌نمایم و اعلام می‌دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می‌شود، نمی‌دانم.
امضاء بیمار امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار شاهد (۱)
(در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)
تاریخ شاهد (۲)

۳) اجازه قطع عضو

زمانی که پزشک معالج بیمار در تداوم درمان، تصمیم به قطع یکی از اعضای بدن او را می‌گیرد، این اجازه نامه تنظیم و اخذ می‌گردد. بنابراین این رضایتنامه در داخل بخش و توسط کادر پرستاری اخذ خواهد شد. در خصوص متقاعد کردن بیمار و تفهیم شرایط و دلیل قطع عضو، پزشک معالج موظف است که توضیحات کافی برای بیمار ارائه نماید.

اجازه قطع عضو

اینجانب بیمار/ولی بیمار ساکن.....

اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان (نام عضو) اینجانب/ بیمار اینجانب را از ناحیه قطع نمایند و بدینوسیله برانت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از اقدام فوق که در مورد انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.

امضاء شاهد (۱)

تاریخ شاهد (۲)

۴) اجازه نامه استفاده از اطلاعات پرونده بیمار

این اجازه نامه باید از کلیه بیماران و در زمان پذیرش اخذ گردد، زیرا احتمال دسترسی به اطلاعات پرونده، خصوصاً در بیمارستانهای آموزشی برای اطلاع رسانی در جهت تحقق قابلیت‌های مدارک پزشکی از قبیل آموزش، تحقیقات پزشکی و مسایل حقوقی و ... بسیار زیاد و وسیع است. کارکنان واحد پذیرش برای سلب مسئولیت از سایر همکاران خود در سایر واحدها و بخشهای درمانی و اطلاع رسانی، همزمان با پذیرش هر بیمار نسبت به اخذ این رضایت نامه به طور عادی اقدام می‌نمایند. لازم به توضیح است، که این رضایتنامه مجوزی برای واگذاری اطلاعات به افراد غیر مسئول نبوده و کماکان بحث محرمانه بودن اطلاعات بیمار و جلوگیری از افشای آن به افراد غیر مسئول، جزو وظایف کارکنان بخش مدارک پزشکی خواهد بود و به قوت خود باقی است.

اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

اینجانب رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود/بیمار خود در امور آموزشی، تحقیقاتی، در مانی و حقوقی توسط بیمارستان .. اعلام می‌دارم

تاریخ امضاء بیمار یا ولی بیمار ..

.. شاهد (۱) ..

.. شاهد (۲) ..

۵) اجازه نامه عمل و برائت ذمه پزشک معالج

تا اوایل دهه ۱۳۶۰ هجری شمسی، برای درمان و انجام عمل جراحی روی بیماران از رضایت نامه معالجه و عمل جراحی که شرح آن در بالا گذشت، استفاده می گردید. اما با توجه به تصویب قانون دیات در سال ۱۳۶۱ که مسئولیت بیشتری از این بابت متوجه پزشکان جراح گردید، این پزشکان برای رعایت مفاد قانونی و سلب مسئولیت از خود در قبال بیمارانی که عمداً در ارائه خدمات آنها قصوری انجام نداده اند، اقدام به تنظیم رضایتنامه ای به شرح ذیل نمودند. این رضایت نامه توسط پرستار بیمار قبل از انتقال به اتاق عمل اخذ می شود و روی پرونده قرار می گیرد محتوای این رضایتنامه به شرح ذیل است:

برگ رضایت عمل و برائت ذمه پزشک معالج

اینجانبفرزند.....شهرت.....به نشانیتلفن.....در

تاریخ.....

برای درمان و معالجه به بیمارستان.....مراجعه نمودم که ولی/حامل می باشم:

در تاریخ.....او را برای درمان و معالجه به بیمارستان.....بردم و به آقای دکتر

.....پزشک معالج اجازه می دهم، که درمان یا عمل جراحی لازم را برای خودم/بیمار فوق الذکر انجام

داده و هیچ نوع اظهار نظری از لحاظ بیهوشی و یا عمل جراحی و یا برداشتن نسج یا غده و یا هر عضوی که نیاز

باشد، نکرده و اعتراضی ندارم. در صورتی که ایجاب کند پزشک و یا جراح یا متخصصین دیگری در عمل و درمان

شرکت نمایند، ایشان می تواند از آنها دعوت کند و هزینه آن را شخصاً تقبل خواهم کرد.

ضمناً پزشک معالج عوارض و حوادث احتمالی درمان و معالجات و اعمال جراحی و بیهوشی و تزریقات دارویی و

دیالیز و رادیولوژی و کارهای آزمایشگاهی و فیزیوتراپی و دیگر روشهای درمانی را برای اینجانب توضیح داده و مطلع

شده و فهمیدم و با توجه به قانون دیات ۱۳۶۱/۹/۲۴ مصوب مجلس شورای اسلامی و تایید مورخه ۱۳۶۱/۱۰/۶ شورای نگهبان، بدینوسیله و قیومیت / ولایت بیمار فوق الذکر براءت ذمه پزشک محترم معالج و مقامات مربوطه بیمارستان را از هر گونه ضمان قانونی و شرعی ناشی از معالجات ذکر شده بالا اعلام می دارم و هر گونه ادعای خسارت از ایشان را ساقط می نمایم.

امضا بیمار امضا ولی حاضر /قیم بیمار.....

سوال و جواب مطروحه در خصوص رضایتنامه

(۱) وظیفه اخذ رضایتنامه با چه کسی است؟

اساسی ترین حقوق بیماران دادن رضایت آگاهانه به قبول یک روش معالجه می باشد که این وظیفه بر عهده مستقیم پزشک معالج بوده و قابل انتقال به دیگری نیست و پذیرش بیمارستان در زمان مراجعه مستقیم بیمار ثبت کتبی این رضایت را برعهده دارد.

(۲) رضایتنامه باید حاوی آگاهی و رضایت باشد ، منظور از آگاهی چیست ؟

بیمار یا اولیاء باید در جریان کامل بیماری و سیر آن و نوع جراحی و بی هوشی و عواقب عمل جراحی و عوارض آن قرار گیرند و متوجه موضوع رضایتنامه ای که می دهند باشند . بنابراین اگر بیمار به زبان رسمی کشور آشنا نبود و فقط زبان محلی یا خارجی می دانست، باید برای او مترجم گرفت و پس از تفهیم مسأله بطور کامل نام مترجم را نیز ضمن درج این مسأله در رضایتنامه قید کرد و علاوه بر امضای بیمار امضای مترجم نیز لازم است.

(۳) رضایتنامه با براءت ذمه چه فرقی دارد؟

اگر پزشک فقط رضایت گرفته باشد، در صورت بروز مرگ، نقص عضو یا خسارت مالی، ضامن است ولی اگر برائت نیز تحصیل کرده باشد، عهده دار خسارت پدید آمده نیست. فقط اصل برائت است که موجب سقوط ضمان می شود. البته در صورت قصور پزشکی، برائتی که قبل از درمان گرفته شده، باعث سقوط ضمان نیست.

۴) متن رضایتنامه چه باید باشد در واقع چه نکاتی در رضایتنامه باید ذکر شود؟

از لحاظ مدارک پزشکی رضایتنامه باید توسط خود بیمار جهت فهم بهتر مطالب نوشته شود. در حال حاضر رضایت نامه ها با فرمت یکسان تهیه شده اند. در رضایت نامه باید نام و نام خانوادگی و نام پدر و شماره شناسنامه و محل صدور و همچنین مشخصات رضایت دهنده خود بیمار و یا فرد دیگر ذکر شود. رضایت نامه باید به امضا خود بیمار یا افراد رضایت دهنده برسد امضاء شامل نام و نام خانوادگی و ذکر تاریخ و ساعت است و ارجح تر اثر انگشت از انگشت سبابه دست است. بهتر است موضوع نوع بیماری و یا نوع اقدام که قرار است انجام شود، بطور خلاصه ذکر شود.

۵) سن قانونی برای گرفتن رضایتنامه چند سال می باشد؟

در اکثر کتب اخلاق پزشکی، بلوغ قانونی رسیدن به سن ۱۸ سال مدنظر است.

۶) اگر بیمار زیر سن قانونی باشد، رضایت قانوناً از چه کسانی می تواند اخذ گردد؟

چنانچه بیمار به سن قانونی ۱۸ سال تمام رسیده باشد از خود بیمار در غیر اینصورت، طبق بند ۲ ماده ۵۹ از نمایندگان قانونی بیمار رضایت اخذ می گردد. البته از نظر شرع مقدس اسلام منظور از ولی، به ترتیب اولویت، پدر، جد پدری، حاکم شرع، و در شرایط خاص بستگانی از او می باشند.

۷) آیا جد پدری می تواند رضایت بدهد و اولویتی بین پدر و جد پدری نیست؟ (بعداً پدر نمی تواند ادعایی

داشته باشد.)

رجوع به سوال ۶

۸) اگر بیمار دارای گواهی رشد باشد حتی اگر ۱۴ سال داشته باشد، رضایت از چه کسی اخذ می گردد؟

فرد رضایت دهنده باید عاقل ، بالغ و دارای صلاحیت حقوقی و قانونی باشد .و اگر به هر ترتیبی این شرایط را دارا نبود ، بترتیب پاسخ سوال ۶ و ۷ عمل شود.

۹) شرایط اهلیت قانونی چیست؟

بلوغ ، عقل و رشد

۱۰) وظیفه تشخیص اینکه بیمار دارای اختلال روانی می باشد با کیست؟

پزشک

۱۱) اگر ولی بیمار دارای اختلالات روانی باشد، رضایت از چه کسی باید اخذ گردد؟

طبق بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی - رجوع به سوال ۶

۱۲) اگر بیمار مونث ازدواج کرده باشد و دارای سن قانونی نباشد رضایت از چه کسی اخذ می گردد؟

در مواردی که مربوط به زندگی زناشویی و اعمال زیبایی است از شوهر و پدر وی در غیر اینصورت از پدر بیمار رضایت اخذ می گردد، بهتر است از شوهر وی نیز رضایت حاصل شود.

۱۳) آیا مادر بیمار می تواند برای عمل جراحی فرزند خود رضایت بدهد؟

مادر در صورتیکه قیم نامه قانونی از دادگاه داشته باشد و حضانت و نفقه فرزند بر عهده وی باشد، می تواند رضایت دهد.

۱۴) از چه کسانی باید رضایت گرفت؟

- ✓ رضایت دهنده باید عاقل و بالغ و واجد اهلیت قانونی باشد. بنابراین وضعیت صغیر و مجنون و مست فاقد ارزش قانونی است.
- ✓ با توجه به ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی، رضایت و براءت را باید اول از همه از خود بیمار اخذ نمود، مگر در افراد بیهوش، نابالغ و مجنون، که باید از ولی آنها که البته از نظر شرع مقدس اسلام منظور از ولی، به ترتیب اولویت، پدر، جد پدری، حاکم شرع، و در شرایط خاص بستگانی از اومی باشند رضایت و براءت گرفت.

۱۵) در مواجهه با استثنائات رضایت (کودکان، سالمندان و بیماران روانی) از چه کسانی رضایت اخذ می

شود؟

- ✓ افراد صغیر، مجانین یا کسانی که بیهوش هستند و یا فراموشی به آنها دست می دهد، فاقد قوه تمیزند و وضعیت آنها فاقد ارزش و اعتبار قانونی است و پزشک باید قبل از درمان و معالجه اینگونه بیماران نیز، رضایت وصی یا قیم آنان را کسب نماید، مگر در موارد فوری که اخذ رضایت ضروری نیست.
- ✓ بیماران روانی که بطور کامل در یک محل نگهداری می شوند در صورتی که قادر به درک ماهیت روش درمانی باشند، رضایت نامه از خود آنان گرفته می شود و در صورت عدم درک و قدرت تصمیم گیری طبق بند ۲ ماده ۵۹ از ولی و سرپرستان رضایت گرفته شود.
- ✓ در مورد عقب ماندگان ذهنی، تنها در موارد شدید عقب ماندگی ذهنی است که از نظر قانونی قیمی به جای آنها تصمیم گیری خواهد کرد. مشابه موارد فوق، در بیماران ذهنی نیز تنها در صورت تایید بیماری ذهنی و مشکل بیمار در تصمیم گیری، یک تیم پزشکی جهت تصمیم گیری انتخاب خواهد شد.
- ✓ در موارد کهولت سن یا افراد شدیداً عقب مانده ذهنی که از دادن رضایت امتناع می ورزند، ممکن است سعی در ترغیب بیمار به دادن رضایت شود، ولی این نکته را به خاطر داشته باشید که این حق مردم است که از دادن رضایت خودداری کنند. اگر با امتناع شخص از درمان امکان آسیب شدید برای بیمار وجود دارد و رضایت بدون دلیل معقول، داده نمی شود، پس از تایید بیماری ذهنی فرد، بر اساس قانون محلی می توان تقاضایی به دادگاه

که قیومیت تثبیت شده دارد، فرستاد و شخص را درمان کرد. در موارد دیگر قوانین مداخله اورژانس می تواند کمک کننده باشد و اما محاکم ، قیم آزادی افراد هستند و دادگاه تنها در موارد مقتضی مداخله نموده و پس از امتناع شخص از درمان، او را مجبور به پذیرش درمان می کند.

✓ در مورد بیماران غیر هوشیار اغلب از قیم قانونی وی رضایتنامه گرفته می شود.

✓ در ارتباط با تناسل از قبیل عقیمی، یا ختم حاملگی و...توافق همسر نیز مورد نیاز می باشد.

نکته:

✓ بیمار عاقل و بالغ می باشد اما ترس ناشی از بیان خطرات احتمالی اعمال درمانی ممکن است حال وی را وخیم یا با وجود خطر جانی از مبادرت به درمان به کلی منصرف نماید در موارد فوق و مشابه آن از ولی بیمار می توان اخذ برائت کرد و اگر دسترسی به ولی بیمار میسر نباشد حاکم شرع یا دادستان مشروع بجای وی تصمیم می گیرد.

✓ اشخاصی که داروهای آرام بخش مصرف کرده باشند و رضایت می دهند ممکن است بعدا ادعا کنند که در هنگام دادن رضایت صلاحیت نداشته اند برای جلوگیری از بروز مشکل بهتر است قبل از قبول رضایت بیمار از درک بیمار در مورد ماهیت و عوارض درمان یقین حاصل کرده و تمام آنها را ثبت نمایند . اگر بیمار کاملا مست باشد رضایت قیم او گرفته شود و اگر وضعیت اورژانسی است، پزشک و پرسنل تصمیم می گیرند.

(۱۶) اگر پدر بیمار فوت نموده باشد و فوتنامه همراه باشد ، ولی قیم قانونی تعیین نشده باشد چه

کسی می تواند رضایت بدهد؟ طبق بند ۲ ماده ۵۹ ، رجوع به سوال ۶

(۱۷) اگر در تصادفی پدر خانواده فوت نماید و فرزند او دارای صدمه ای گردد که مرحله اورژانسی

آن گذشته ولی عمل ضروری می باشد رضایت از چه کسی باید اخذ گردد؟ طبق بند ۲ ماده ۵۹ ،

رجوع به سوال ۶

(۱۸) آیا رضایت نامه هایی که حق شکایت توسط بیمار از پزشک را سلب می نماید، دارای وجهت قانونی

می باشد؟

خیر، رضایت نامه ها برای حمایت پزشک در خصوص عوارض ناخواسته حین عمل می باشد و قصور پزشکی را شامل نمی شود.

(۱۹) اگر فردی ادعا نماید ولی یا پدر بیمار می باشد ولی کارت شناسایی نداشته باشد، تکلیف

چیست؟

طبق ضوابط قانونی موجود در بیمارستان عمل شود.

(۲۰) اگر مادر ادعا نماید قیم فرزند خود می باشد، ولی قیم نامه یا کارت شناسایی همراه نداشته باشد،

تکلیف چیست؟

در صورت الکتیو بودن باید مدارک مورد نیاز را همراه بیاورد در موارد فوری و اورژانسی نیازی به کسب رضایت نیست.

(۲۱) برای اخذ رضایت فرم بهتر است یا متن دست نویس و انتهای آن امضا شود یا اثر انگشت ارجحتر

است؟

با توجه به ضوابط موجود و رجوع به سوال ۴

(۲۲) آیا اخذ رضایت نامه بر روی برگ پذیرش برای همه بیماران کفایت می نماید؟ رجوع به سوال ۳

(۲۳) اخذ رضایتنامه برای بیماران اورژانس چگونه است؟

در موارد اورژانسی باید به نجات جان بیمار یا مصدوم اقدام نمود و کارهای فوریتی را تا آنجا که نجات جان مریض یا آسیب دیدگان مطرح است، ادامه داد گاهی پس از اقدامات اولیه و اورژانس به این نتیجه می‌رسیم، که قطع عضو صدمه دیده لازم می‌آید و کسان مصدوم در بالین او حضور ندارند، در این مورد باید فوراً مراتب را به اطلاع ریاست دادسرا رساند تا با اعزام پزشکان قانونی برای معاینه مصدوم گواهی رسمی صادر نمایند. در مواقع بسیار فوری کمیسیونی مرکب از سه تن طبیب حاضر در بیمارستان آنها تشکیل شود، آنها هر چه رأی دهند باید اجرا گردد و سپس مراتب به اطلاع مقامات قانونی برسد. به هر تقدیر به علت عدم حضور اولیای مصدوم نباید در معالجه او، حتی اگر منجر به قطع عضو گردد کوتاهی نمود. در مواردی که فقط یک طبیب در درمانگاه یا بیمارستان وجود دارد، می‌توان با بررسی جوانب امر و احتیاط لازم نظر خود را در جلسه‌ای ثبت نموده از کادر فنی همکار خود، مانند پرستاران و پزشکان یا ماماها بعنوان شاهد امضاء بگیرد، به شرط آن که بیمار در وضعی باشد که نتوان او را به مرکز مجهزتری فرستاد.

(۲۴) اگر بیمار دارای نوبت عمل جراحی باشد و طبق گواهی، پدر بیمار مثلاً در بخش بستری باشد

، رضایت از چه کسی باید اخذ گردد؟ طبق بند ۲ ماده ۵۹

(۲۵) آیا برای اعمال جراحی که عضوی برداشته می‌شود (مانند هیستریکتومی و تونسیلکتومی)

رضایت قطع عضو لازم است؟ بله

(۲۶) در مورد بیماری که وضعیت اورژانسی دارد ولی دارای هوشیاری کامل می‌باشد اخذ رضایت

چگونه است؟

رجوع به سوال ۲۳- بعد از طی موارد ذکر شده و پایدار شدن وضعیت بیمار از وی رضایت اخذ می‌گردد.

۲۷) رضایت ترخیص با میل شخصی از فردی که بیمار است و وضعیت خطرناکی دارد چگونه است؟

آیا موسسه در قبال خطر جانی مسئولیت ندارد در حالیکه بیمار آگاهی کاملی از پیش آگهی

بیماری ندارد و اگر بیمار دارای هوشبری کامل نباشد و به اصرار و حتی با اغتشاش نخواهد بستری

بماند، تکلیف چیست؟

بیمار عاقل و بالغ در انتخاب پزشک، بیمارستان و خاتمه دادن به درمان خود در زمان بستری در صورتیکه ترخیص او مضر به حال افراد و سلامت جامعه نباشد، مختار است. بنابراین بیمار بستری در هر زمان و مرحله از فرآیند درمانش به هر دلیلی، در صورت تقبل کتبی مسایل و مشکلات ناشی از ترخیص با میل شخصی می تواند از پزشک معالج و کادر پرستاری خودش درخواست ترخیص موقت و یا دائم نماید و پس از تسویه حساب و پرداخت وجوه خدمات ارائه شده، از بیمارستان مرخص گردد.

در زمان چنین درخواستی از طرف بیمار و داشتن توانایی تصمیم گیری از طرف بیمار و اولیای قانونی وی معمولاً پزشک معالج و پرستار مربوطه خطرات ناشی از این تقاضا را به آگاهی بیمار می رسانند و در صورتی که بیمار متقاعد نشد و بر اجرای درخواست خود اصرار ورزید با ثبت توصیه ها در برگ دستورات پزشک و حتی گزارش پرستاری و با اخذ رضایت نامه کتبی از بیمار و ارائه دستورات داروئی جهت ادامه درمان در منزل برای بیمار، تمهیدات لازم برای ترخیص وی انجام می گیرد. در این صورت مسئولیتی متوجه پزشک معالج و کادر پرستاری بخش مربوطه نخواهد بود. کلیه مواد و آیین نامه های که در خصوص نحوه اخذ رضایت بستری از بیمار نیاز است در مورد ترخیص وی نیز صادق می باشد.

بطور خلاصه باید ۵ مرحله جهت رضایت با میل شخصی طی شود:

❖ بیمار صلاحیت تصمیم گیری داشته باشد

❖ پزشک بیمار را معاینه کند.

❖ توسط پزشک و کادر درمانی شرحی از بیماری بیمار و خطرات احتمالی آن جهت وی و همراهی وی توضیح داده شود.

❖ فرم رضایت با میل شخصی برای بیمار و همراهیان و پرسنل خوانده شود و امضاء شود.

❖ دستورات بعد از ترخیص به بیمار داده شد و در پرونده ثبت گردد.

براساس ماده ۵۹ و ۶۰ قانون مجازات اسلامی چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل نموده باشد ، ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نمی باشد.

در خصوص بیماری که هوشبری کامل ندارد ابتدا باید بیمار را آرام نمود تا تصمیم گیری نماید در مواردی که نیاز به عمل جراحی فوری و یا قطع عضو می باشد و اولیای بیمار رضایت نمی دهند باید وضعیت بیمار فوراً و کتباً به دادسرا اطلاع داده شود تا از طریق پزشکی قانونی با معاینه بیمار گواهی قانونی که متضمن مصلحت او باشد صادر گردد و اولیای بیمار دیگر نمی توانند مانع از اقدامات پزشکان گردند.

در مورد بیماران مسن چنانچه محجور نباشند از خود بیمار و در غیر اینصورت از قیم قانونی وی رضایت اخذ می گردد. در صورت عدم هوشیاری در حد سفاهت و همچنین در عقب ماندگیهای ذهنی باید از قیم قانونی وی رضایت گرفته شود.

۲۸) اگر بیماری علیرغم وضعیت اورژانس (مثلاً قلبی) از بستری شدن سرباز زند چه باید کرد؟

رجوع به سوال ۲۷

۲۹) آیا برای اعمال جراحی دستگاه تناسلی رضایت همسر الزامیست؟ بله

۳۰) برای بیمار بسیار مسن که تصمیم گیری برای او مشکل است و پزشک نیز اجازه ترخیص بیمار

را نداده است ولی فرزندان به اصرار زیاد درخواست ترخیص پدر یا مادر خود را دارند چه باید

کرد؟ آیا می توان با گرفتن رضایت از تمامی فرزندان، وی را ترخیص نمود یا اینکه رضایت یکی از فرزندان کفایت می کند؟

باید از طریق دادگاه، قیم قانونی بیمار مشخص گردد و سپس با رضایت کلیه فرزندان و طی مراحل قانونی بیمار را می توان مرخص نمود.

۳۱) آیا برای استفاده از اطلاعات پرونده بیمار برای آموزش و تحقیقات باید رضایت نامه اخذ

گردد. حتی در بیمارستانهای آموزشی و اگر اخذ نشود و استفاده گردد چه عواقبی دارد؟

این اجازه نامه باید از کلیه بیماران و در زمان پذیرش اخذ گردد، زیرا احتمال دسترسی به اطلاعات پرونده، خصوصاً در بیمارستانهای آموزشی برای اطلاع رسانی، آموزش، تحقیقات پزشکی و مسایل حقوقی و... بسیار زیاد است. کارکنان واحد پذیرش برای سلب مسئولیت از سایر همکاران خود در سایر واحدها و بخشهای درمانی و اطلاع رسانی، همزمان با پذیرش هر بیمار نسبت به اخذ این رضایت نامه به طور عادی اقدام می نمایند. لازم به توضیح است، که این رضایت نامه مجوزی برای واگذاری اطلاعات به افراد غیر مسئول نبوده و کماکان بحث محرمانه بودن اطلاعات بیمار و جلوگیری از افشای آن به افراد غیر مسئول ادامه دارد.

۳۲) اگر طبق اظهار مادر بیمار، امکان دسترسی به پدر بیمار به علت، مسافرت طولانی مدت، ترک

منزل و..نباشد از چه کسی باید رضایت اخذ گردد؟ رجوع به سوال ۶

۳۳) پرونده بیمار به عنوان یک سند قانونی محسوب می شود زمانیکه مشکوک به استفاده از

مشخصات جعلی هستیم مثلاً استفاده از دفترچه درمانی دیگران وظیفه بیمارستان چیست؟

پذیرش بیمارستان باید از روشهای کنترلی و تجربه خاص خود را در این زمینه استفاده نماید و به مسئولین بیمارستان در هر شیفت جهت اقدام مقتضی اطلاع دهد.

(۳۴) برای تشکیل پرونده بیماران اورژانسی مجهول الهویه چه باید کرد؟

در اسرع وقت پس از انجام اقدامات درمانی و پایدار شدن وضعیت بیمار باید نسبت به تکمیل پرونده اقدام نمود ، اما بهتر است قبل از آن از بیمار عکس گرفته شود و اثر انگشت وی نیز ضمیمه پرونده شود.

(۳۵) بطور کلی مشخص فرمایید در چه حالاتی می توان تصویر پرونده را به درخواست کننده داد؟

در صورت درخواست کتبی پزشک معالج بیمار و یا خود بیمار و اولیای وی و یا مراجع ذیصلاح

(۳۶) آیا خود بیمار حق مطالعه پرونده خود را دارد؟

در صورتیکه منعی از طرف پزشک معالج تعیین نشده باشد.

(۳۷) آیا پزشک معالج می تواند مجوز واگذاری تصویر پرونده یک بیمار را به شخص دیگری مثلاً

عموی بیمار بدهد؟

خیر- واگذاری تصویر پرونده تنها به نمایندگان قانونی بیمار میسر است.

(۳۸) طبق ماده ۴ آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات شاغلان حرفه های پزشکی وابسته به

شاغلان حرفه های پزشکی موظفند اسرار بیمار ، موضوع بیماری او و سایر موارد تصریح شده در

قوانین را حفظ نمایند ، موارد تصریح شده در قوانین چیست؟

موارد تصریح شده در قوانین شامل ؛ تولد ، مرگ، بیماری روانی ، بیماریهای مقاربتی ، سقط جنین جنایی وحوادث ناشی از کار ، گواهی سلامتی قبل از ازدواج و گواهی دال بر سلامت برای اشتغال به کارو...

(۳۹) در مورد مراجعین زایمانی که موقع بستری بیمار ، همسرانشان در شهرستان حضور ندارند از

چه کسی رضایت اخذ شود ؟

باید از همسر بیمار رضایت گرفته شود و در خصوص فوریت‌های پزشکی نیز که اخذ رضایتنامه ضروری نیست.

(۴۰) در مورد مادران HIGH RISK که احتمال خطر جانی برای مادر و نوزاد وجود دارد آیا می توان با

توجه به عدم حضور همسر فقط رضایت از خود بیمار اخذ کرد؟

رجوع به سوال ۳۹

(۴۱) در مورد بیمارانی که بدلیل اورژانسی بودن وضعیت بیمار توصیه به معاینات خاص زیر بیهوشی

بدون قید نوع عمل جراحی می گردد و نهایتاً در اتاق عمل ، جراحی برای بیمار انجام می شود

که منجر به مقطوع النسل شدن می شود نظیر هیستریکتومی- قطع لوله ها - برداشتن تخمدان

و ... نوع رضایت فوق چگونه تنظیم شود که در صورت عدم حضور همسر و با توجه به حیاتی بودن

عمل جراحی بیمار مشکل قانونی نداشته باشد؟

طبق ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی، چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او براءت

حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن

نباشد، طبیب ضامن نیست.

(۴۲) در مورد بیماران الکتیو کورتاژ، سزارین، ختم حاملگی و وازکتومی و ... در صورت نبود همسر

رضایت عمل از چه کسی اخذ گردد؟

حضور همسر الزامی است.

(۴۳) در چه مواردی رضایت همسر الزامی است؟

در مواردی که به زندگی مشترک زوجین؛ سقط جنین، عقیم سازی، درمان نازایی، تغییر جنسیت، پیوند اعضا و ... و اعمال زیبایی مرتبط است.

(۴۴) آیا برای تمام بیماران بستری، گرفتن اثر انگشت در پشت برگ پذیرش کفایت می کند یا باید

علاوه بر آن فرم رضایت براءت ذمه هم گذاشته شود؟

به نظر پزشک بستگی دارد.

(۴۵) بیمار پسری است ۱۴ ساله جهت بستن تراکئوستومی همراه مادرش به بخش مراجعه می نماید

و توسط متخصص پذیرش ، پزشک کلمه اورژانس را قید نکرده ، پدر بیمار بعلت بیماری صعب

العلاج در منزل بستری است و پدر بزرگش نیز فوت نموده جهت اخذ رضایت چه اقدامی باید

صورت گیرد؟

با توجه به اورژانسی بودن عمل فوق ، در صورت در دسترس بودن پزشک بستری کنند همواره به اطلاع وی رسانده شود در غیر اینصورت از رئیس بیمارستان یا مسئول شیفت جهت بستری نمودن بیمار استعلام شود.

(۴۶) بیمار خانمی ۱۶ ساله است که بعلت سوختگی ۸۵ % به بیمارستان مراجعه کرده ، پزشک پس

از انجام اقدامات اولیه دستور اعزام بیمار را به مرکز مجهزتر می دهد، پدر بیمار فوت کرده و

برادرش که همراه بیمار است می خواهد بیمار را با رضایت شخصی به منزل برد و مانع اعزام

بیمار می شود، در این خصوص تکلیف چیست؟

گاهی با وجود تأکید پزشکان بر اقدام به عمل فوری یا قطع عضو، بیمار یا اولیای او حاضر به دادن رضایت نمی گردند و بیمار در معرض خطر قرار می گیرد، در این موارد نیز باید وضعیت مریض فوراً و کتباً به داسرا اطلاع داده

شود تا از طریق پزشکی قانونی با معاینه بیمار گواهی قانونی که متضمن مصلحت او باشد، صادر گردد تا اولیای بیمار دیگر نتوانند مانع از اقدامات پزشک شوند.

(۴۷) در یک سانحه تصادف پسر ۸ ساله خانواده اهوازی زنده می ماند که دچار شکستگی استخوان

فemor و ترقوه چپ گردیده، همراهی بیمار که دائی او می باشد با اصرار می خواهد با دادن

رضایت شخصی بیمار را به مرکز مجهز تر ببرد ولی پزشک معالج معتقد است در همان بیمارستان

می توان به بیمار خدمات داد، تکلیف چیست؟

چنانچه دایی بیمار از طرف دادگاه به عنوان قیم قانونی بیمار شناخته شده است می تواند بیمار را به مرکز مجهزتر

ببرد چراکه یکی از حقوق قانونی بیمار می باشد.

(۴۸) در یک تصادف پدر و پدر بزرگ پسر ۱۲ ساله فوت نموده و وی با شکستگی استخوان femur و

بازوی راست به بیمارستان اعزام می گردد، ساکن شهرستان دیگری است و اطلاعات زیادی برای

دست یابی به سایر اقوام وی در دسترس نمی باشد. جهت بستری وی و عمل جراحی او که حالت

اورژانس آن گذشته ولی عمل جراحی ضروری است، از چه کسی باید رضایت را اخذ نمود؟

✓ در موارد اورژانسی باید به نجات جان بیمار یا مصدوم اقدام نمود و کارهای فوریتی را تا آنجا که نجات جان مریض یا آسیب دیدگان مطرح است، ادامه داد. گاهی پس از اقدامات اولیه و اورژانس به این نتیجه می رسیدیم، که قطع عضو صدمه دیده لازم می آید و کسان مصدوم در بالین او حضور ندارند.

✓ در این مورد باید فوراً مراتب را به اطلاع ریاست دادسرا رساند تا با اعزام پزشکان قانونی برای معاینه مصدوم گواهی رسمی صادر نمایند. در مواقع بسیار فوری کمیسیونی مرکب از سه تن طبیب حاضر در بیمارستان آنها تشکیل شود، آنها هر چه رأی دهند باید اجرا گردد و سپس مراتب به اطلاع مقامات قانونی برسد. به هر تقدیر به علت عدم حضور اولیای مصدوم نباید در معالجه او، حتی اگر منجر به قطع عضو گردد کوتاهی نمود. در مواردی که فقط یک طبیب در درمانگاه یا بیمارستان وجود دارد، می توان با بررسی جوانب امر و احتیاط لازم نظر خود را در

جلسه ای ثبت نموده از کادر فنی همکار خود، مانند پرستاران و پزشکان یا ماماها بعنوان شاهد امضاء بگیرد، به شرط آن که بیمار در وضعی باشد که نتوان او را به مرکز مجهز تری فرستاد.

(۴۹) موارد اورژانسی پزشکی کدامند؟

✓ ماده یک: فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که باید بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید، باعث خطرات جانی یا نقص عضو و یا عوارض صعب‌العلاج و یا غیر قابل درمان خواهد شد؛

✓ مسمومیتها، سوختگیها، زایمانها، صدمات ناشی از حوادث و سوانح وسایل نقلیه، سکته مغزی و قلبی، اغما، اختلالات تنفسی شدید و خفگیها، تشنجات، بیماریهای عفونی خطرناک مانند مننژیتها، بیماریهای نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند، سایر مواردی که در شمول تعریف ماده یک قرار می‌گیرد.

(۵۰) نحوه ترخیص کودک ۱۲ ساله از بیمارستان چگونه است؟

جهت ترخیص این بیمار پس از طی مراحل قانونی و پرداخت صورتحساب بیمارستان و پس از مشخص شدن هویت همراه بیمار که باید از نمایندگان قانونی بیمار باشند و پس از تطبیق مشخصات، بیمار تحویل اولیای خود می‌شود. **ترخیص و تحویل بیمار زیر سن قانونی حتماً باید به قیم قانونی وی باشد.**

(۵۱) بیماری یک کپی از پرونده خود آورده است و تقاضا می‌کند که آن را برابر اصل نمایم، چه

باید انجام بدهیم؟

در این خصوص باید اصل پرونده از بایگانی خارج شود و پس از تطبیق اطلاعات و محتویات پرونده آن را طبق ضوابط موجود برابر اصل می‌نماییم، ارجح تر آن است که مجدد از اصل پرونده کپی تهیه شده و آنگاه برابر اصل شود، چراکه احتمال مخدوش شدن پرونده وجود دارد.

(۵۲) موجبات مسئولیت پزشک شامل چه مواردی است؟

عمد، خطا، مخالفت با اصول حرفه پزشکی، ندانستن اصول حرفه پزشکی، تخلف از اذن بیمار، تخلف از اذن ولی بیمار، فریب، ترک معالجه، معالجات ممنوع، افشای اسرار بیماران.

(۵۳) مواردی که رضایت معاینه شونده لزومی ندارد، کدام هستند؟

- ✓ معاینه دانش آموزان مدارس از نظر بهداشت عمومی.
- ✓ معاینه بهداشتی زندانیان و افرادی که در اردوهای کادر آموزش به سر می برند.
- ✓ معاینه مسافرانی که از خارج از کشور می آیند در مواقع اپیدمی، بیماری های مسری در مرزها و فرودگاه ها و بنادر.
- ✓ معاینه بهداشتی کسبه و تهیه کنندگان مواد غذایی و داوطلبان ازدواج.
- ✓ مصدومان و بیماران اورژانس تا هنگامی که نجات جانشان مطرح باشد ولی پس از اقدامات اولیه و نجات زندگی آنان برای کارهای جراحی بعدی نیاز به رضایت دارند. و در مواردی که شخصی برای خودکشی اقدام می کند و حاضر به نجات خود نیست. کسانی که اقدام به اعتصاب غذا می کنند نیز از این جمله اند.
- ✓ در مواردی که معاینه و آزمایش عموم اهالی یک ده یا بخش یا منطقه یا شهر، از نظر ابتلا به یک بیماری مسری لازم است، مانند آزمایش خون برای شناسایی افراد مبتلا به امراض عفونی، مالاریا، وبا، حصبه و غیره معاینه متهمان یا مصدومان و مجروحان از نظر پزشکی قانونی به دستور دادسرا در منزل، بیمارستان یا محل های دیگر که در این مورد اگر کسان بیمار با وجود اجازه نامه دادسرا مانع از ورود پزشک یا معاینه بیمار گردیدند، باید مراتب به دادسرا گزارش شود تا در معیت مأموران دادسرا اقدام به عمل آید.

(۵۴) آیا طبیب می تواند در مقابل هر گونه خسارتی که در نتیجه اعمال و اقدامات خود به بیمار

وارد کرده به برائت قبل از عمل بیمار استناد کند؟

- ✓ پاسخ این سوال با توجه به اصول کلی حاکم بر حقوق جزای پزشکی به ویژه بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی منفی است.

✓ شرط برائت نیز تا زمانی موثر و نافذ است که پزشک در انجام اعمال خود مرتکب تقصیر و خطایی نشده باشد و تنها در این صورت است که برائت قبل از درمان رافع مسئولیت مدنی طبیب می باشد.

(۵۵) اگر بیمار دارای سن بالا باشد ولی دارای اختلالات روانی باشد ، رضایت از چه کسی اخذ گردد؟

اگر اختلال روانی معادل سفاهت یا جنون باشد باید از قیم قانونی وی رضایت اخذ شود.

(۵۶) اگر در تصادفی پدر و خانواده فوت نماید و فرزند او دارای صدمه ای گردد که مرحله اورژانسی آن گذشته ولی عمل ضروری می باشد ، رضایت نامه از چه کسی باید اخذ گردد؟

طبق بند ۲ ماده ۵۹ با مکاتبه با دایره سرپرستی داسرا نسبت به تعیین قیم قانونی یا قیم اقدام شود.

(۵۷) اخذ رضایت عمل برای برخی از اعمال که اورژانسی بودن آن در بین پزشکان اختلاف نظر است مثلاً شکستگی های کوچک چگونه است آیا می توان بعنوان بیمار اورژانسی بستری نمود؟

فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرارداد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو، یا عوارض صعب‌العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد بیمار مشمول این آئین نامه شخصی است که طبق تعریف فوریت‌های پزشکی اورژانس احتیاج به کمک فوری دارد.

(۵۸) رضایتنامه قانونی چه شرایطی دارد؟

✓ رضایت باید آزادانه باشد .یعنی بیمار با میل و اراده و طیب خاطر، داوطلبانه رضایت خود را نسبت به اعمال جراحی و طبی اعلام نماید. در نتیجه رضایتی که تحت تاثیر اکراه و اجبار و فریب و نیرنگ و ... اخذ شود ، هیچگونه اثر قانونی بر آن مترتب نخواهد بود.

✓ رضایت باید آگاهانه باشد. یعنی بیمار در پی ارائه یک رشته اطلاعات خاص راجع به نوع درمان و آزمایش و پیامدهای آن، آگاهانه رضایت خود را اعلام کرده باشد.

✓ رضایت دهنده باید عاقل و بالغ و واجد اهلیت قانونی باشد. بنابراین رضایت صغیر و مجنون و مست فاقد ارزش قانونی است.

✓ رضایت بیمار باید قبل از عمل جراحی و طبی یا مقارن با آن ابراز شود. بنابراین رضایتی که پس از عمل ابراز شود، تاثیر تامی در توجیه عمل نخواهد داشت و تنها می تواند از موجبات تخفیف مجازات یا موقوفی اجرای حکم باشد.

(۵۹) اگر پدر به هر دلیلی در دسترس نبود به چه نحو اقدام می کنید؟

✓ اگر پدر در زندان باشد که از طریق مددکاری اجتماعی زندان از وی رضایت نامه و براءت نامه گرفته می شود.

✓ اگر پدر در مسافرت باشد، که باید رضایت نامه و براءت نامه محضری وی ارسال شده و موجود باشد.

✓ پدر ناپدید یا از مادر جدا شده باشد که در اینصورت وجود حکم دادگاه لازم است یا با اجازه دادگاه عمل جراحی امکان پذیر است.

✍ نمونه مکاتبات دانشگاه های علوم پزشکی با وزارت بهداشت و درمان در خصوص رضایت نامه و جنبه های قانونی

آن:

نمونه مکاتبه اول:

از: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شماره: ۳۸۳۷۹۸/پ/اگ تاریخ: ۱۳۸۲/۲/۲۷

به: معاونت محترم سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سلام علیکم

احتراما نظر به استعلام موارد زیر توسط شبکه های بهداشت و درمان خواهشمند است در این خصوص این معاونت را راهنمایی فرمایید .

(۱) مواردی که پزشک کشیک، تشخیص نیاز به بستری برای فردی می دهند ولی ایشان از بستری امتناع می ورزد در صورت تجویز دارو (حداقل جهت اجرا در منزل) و پیش آمدن مشکلی آیا پزشک از لحاظ قانونی مسئولیتی دارد یا خیر ؟

(۲) در صورت نیاز به انجام جراحی اورژانسی برای فردی و عدم رضایت وی یا خانواده او تکلیف چیست و مسئولیت قانونی بر عهده کیست ؟

(۳) در صورت تشخیص متخصص مبنی بر اعزام بیمار به مراکز مجهز تر و مخالفت بیمار یا خانواده وی از اعزام و اصرار به رسیدگی به امور بیمار در همان بیمارستان تکلیف چیست ؟

(۴) در صورتیکه بیمار به سن قانونی نرسیده و پدر وی نیز در مسافرت یا... باشد و دسترسی به ایشان نباشد چه کسی می تواند رضایت به انجام جراحی را امضا نماید ؟

(۵) بیماری که بدون علائم حیاتی به اورژانس آورده می شود مسئولیت صدور جواز دفن وی با چه کسی است ؟

(۶) در مورد نوزادانی که هنگام زایمان یا حول و حوش زایمان فوت می نمایند آیا نیاز به تشکیل پرونده و بررسی در کمیته مرگ و میر بیمارستان می باشد یا خیر ؟

(۷) در صورتی که بیماری بدون علائم حیاتی به بیمارستان آورده شود و صاحبان بیمار پس از اطمینان از فوت وی بدون هیچگونه شکایتی بخواهند جسد را از بیمارستان خارج نمایند آیا اجباری به صدور جواز دفن می باشد یا خیر ؟

(۸) در انجام عمل جراحی در اتاق عمل رهبری تیم با چه فردی (متخصص بیهوشی یا جراحی) می باشد ؟

(۹) جراح حق انتخاب متخصص بیهوشی به میل خود را دارد؟

(۱۰) تعیین تکلیف و متولی بیمارانی که پس از دستور ترخیص پزشک برای تسویه حساب همراه و سرپرست ندارند و همچنان در بیمارستان به سر می برند؟

دکتر جعفر طبری

معاون درمان و دارو

پاسخ به مکاتبه اول:

از: رئیس مرکز برنامه ریزی و هماهنگی در امور درمان وزارت بهداشت و درمان شماره: ۲/۱۸۲۴۴/س

تاریخ: ۱۳۸۲/۸/۱۱

به: معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان

با سلام و احترام؛ در پاسخ به نامه شماره ۳۸۳۷۹۸/پ/گ مورخ ۱۳۸۲/۲/۲۷ معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان. و بنا به اهمیت پرسش های مطروحه، بدین وسیله اعلام می گردد:

در پاسخ به پرسش های اول، دوم و سوم: بر اساس ماده ۵۹ و ۶۰ قانون مجازات اسلامی چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او براءت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی، مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه رفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نمی باشد.

در مورد چهارم و پنجم و ششم و هفتم: بر اساس نامه شماره ۱/۳/۳۷۲۶ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۰ معاون محترم امور پزشکی و آزمایشگاهی سازمان پزشکی قانونی کشور، در صورتیکه بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و پدر مشارالیه نیز در دسترس نباشد، پدر بزرگ و جد پدری و یا قیم قانونی وی می تواند رضایت نامه انجام عمل جراحی را امضا نماید. در مورد بیماری که بدون علایم حیاتی به اورژانس آورده شود، در صورتیکه علت فوت برای پزشک معالج مشخص نبوده، مورد مشکوک وجود داشته و یا شکایتی مطرح باشد. جسد متوفی با اخذ دستور قضایی جهت تعیین علت فوت به مرکز پزشکی قانونی ارجاع می گردد.

بدنبال آن در مورد پرسش هفتم: در صورتیکه علت فوت مشخص نباشد و یا فوت به دنبال حادثه ای (قتل، خودکشی

، مسمومیت، سوختگی، تصادف و....) رخ داده و یا شکایتی مطرح باشد، جسد متوفی با اخذ دستور قضایی جهت تعیین

علت فوت به مرکز پزشکی قانونی ارجاع می گردد . در مورد نوزادانی که هنگام زایمان یا حول و حوش زایمان فوت می نمایند، لازم است شرح معاینات ، وضعیت بالینی و اقدامات درمانی به عمل آمده در پرونده بالینی درج شود.

در مورد پرسش هشتم عنوان می گردد در انجام اعمال جراحی گروههای تخصصی و هر یک از افراد تیم جراحی ، مسئولیت خاص خود را دارند که تعریف شده است و در عین حال همه گروه های تخصصی در جهت بهبودی بیمار در تعامل دائم هستند .

پاسخ پرسش نهم: در هر مرکز بیمارستانی در ابتدای هر ماه و به طور معمول از سوی رئیس گروه بیهوشی مرکز برنامه ای برای متخصصین بیهوشی تهیه می گردد که به تأیید رئیس مرکز درمانی رسیده و لازم الاجرا خواهد بود.

و بالاخره در پاسخ به پرسش دهم بر اساس نامه شماره ۷۸۲۲۴/ج/ن مورخ ۱۳۸۲/۶/۳ سرپرست محترم دفتر حقوقی و امور مجلس وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در اینگونه موارد بیمار فاقد همراه یا سرپرست به سازمان بهزیستی تحویل داده میشود .

مقتضی است مراتب جهت بهره برداری و اجرا به مراکز تابعه ارسال گردد. ع/۱۶/۷

دکتر محمد علی نیلفروش

رئیس مرکز برنامه ریزی و هماهنگی در امور درمان

نمونه مکاتبه دوم:

رئیس محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شماره: ۲/۳۹۲۸۱/س تاریخ: ۱۳۸۳/۳/۲

با سلام و احترام ؛

به منظور پاسخ گویی به برخی سوالات مطروحه در نزد روسای مراکز درمانی کشور در خصوص پاره ای از ابهامات موجود در واحد پذیرش مراکز درمانی و با توجه به دیدگاه دفتر حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی طی نامه شماره ۲۱۶۳۳/ح/ن مورخ : ۱۳۸۳/۲/۲۱ دستورالعمل حاضر موارد ذیل جهت اعلام به کلیه واحدهای ذی ربط و اقدام مقتضی ارسال می گردد.

۱) بر اساس مفاد بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع باید با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی با رعایت موازین پزشکی و علمی و نظامات دولتی انجام شود و در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نمی باشد. در خصوص اخذ رضایت برای اعمال جراحی قانوناً تفاوتی فیما بین زنان و مردان نیست و هر کس به سن قانونی رسیده باشد اخذ رضایت از وی بر اساس ضوابط کفایت می کند. انجام اعمال جراحی در مورد دخترانمهای بالاتر از ۱۸ سال تمام و خانمهای مطلقه همانند آقایان با اخذ رضایت از خود آنها امکان پذیر خواهد بود.

۲) برای انجام اعمال جراحی در مورد صغار و محجورین ، بستگان فاقد سمت قانونی نمی توانند اعلام رضایت نمایند مگر در مواردی که امکان اخذ رضایت از افراد مورد بحث مقدور نباشد اعمال جراحی می بایست بدون اخذ رضایت نامه انجام شود.

۳) در مورد سالمندان چنانچه از نظر قانونی محجور تلقی نشوند بستری نمودن و عمل جراحی آنان در بیمارستان با رضایت خود این افراد فاقد اشکال است.

۴) در خصوص کلیه اعمال جراحی برای همسران که در ارتباط با تنظیم خانواده می باشد صرف نظر از الزامات قانونی ، اخذ رضایت همسران با اصول کلی حقوقی و حفظ کیان خانواده و رعایت حقوق زوجین مطابقت خواهد داشت.

۵) بر اساس کلیات آیین نامه اجرایی مرکز اورژانس تهران مصوب ۱۳۵۵ بالاخص ماده ۳ پذیرش بیماران اورژانسی در بیمارستانها و مراکز در مانی اعم از عمومی و خصوصی الزامی می باشد لذا عدم پذیرش بیماران مذکور به دلیل همراه نداشتن مدارک قانونی احراز هویت و یا تبعه خارجی بودن آنان بلاوجه می باشد.

۶) با عنایت به مفاد ماده ۳۲۲ بحث دیات قانون مجازات اسلامی که مقرر داشته اگر طبیب قبل از شروع درمان از مریض یا ولی او برائت حاصل نماید عهده دار خسارت پدید آمده نخواهد بود. اگر چنانچه از مریض و یا سرپرستان قانونی وی قبل از انجام عمل جراحی برائت نامه اخذ شده باشد بر اساس مندرجات ماده فوق و مفاد

بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی قانوناً مسئولیتی به عهده طبیب و سایر دست اندر کاران اعمال جراحی

نخواهد بود. ع. ۳/۱۲

دکتر محمد اسماعیل اکبری

معاون سلامت

نمونه مکاتبه سوم:

شماره: ۳۶۳۲/ک تاریخ: ۱۳۷۸/۳/۲

از: جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

به: معاونت محترم درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

یکی از حقوق بیماران آزادی انتخاب پزشک و مرکز درمانی است. این حق انتخاب در همه مراحل سیر درمان نافذ است و از جمله بیمار می تواند با رضایت شخصی یک مرکز درمانی را ترک و به مرکز بعدی مراجعه نماید. در این قبیل موارد لازم است خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده که ممهور به مهر مرکز درمانی باشد به شخص بیمار و یا سرپرست قانونی وی تحویل گردد. بدیهی است به منظور اطلاع از درمانهای انجام شده و ادامه درمان لازم است این خلاصه پرونده شامل مشخصات فردی، شکایت اصلی، خلاصه اقدامات تشخیصی، آخرین تشخیص معتبر و یا تشخیص های افتراقی، رئیس

درمانهای انجام شده با ذکر دوز داروها و توالی تجویز آنها و پیشنهادات برای ادامه و سایر توصیه های
ضروری میباشد.

دکتر سید محمد رضا خاتمی

معاون امور درمان

نمونه مکاتبه چهارم:

از: جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

معاونت پژوهشی

شماره: ۵۴۸۱ تاریخ: ۱۳۷۹/۱۱/۲۰

به: جناب آقای دکتر محمد حسین صومی

معاونت محترم درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

احتراماً بازگشت به نامه شماره ۵/۲/۸۹۳۲ مورخ ۱۳۷۹/۱۱/۱۷ نظر به اینکه پرونده پزشکی بیماران جزء مایملک بیمارستان محسوب می شود و اطلاعات داخل آن نیز محرمانه بوده و متعلق به شخص بیمار است بنابراین بیمارستان بدون اجازه بیمار از نظر قانونی و اخلاقی مجاز به ارائه مستندات پرونده به هیچ فرد حقیقی و یا حقوقی نمی باشد. **ولذا خروج اصل پرونده بیمار از بیمارستان بجز در مواقعی که بصورت رسمی از طرف مراجع قضایی درخواست شده باشد مجاز نخواهد بود.** در سایر موارد فقط در صورت رضایت بیمار و یا ولی قانونی وی می توان کپی از پرونده بیمار که ممهور به مهر بیمارستان باشد را جهت سازمانها و مراجع متقاضی ارسال نمود.

دکتر حسین ملک افضلی

معاون تحقیقات و فن

مواردی از قانون مجازات اسلامی در ارتباط با اخذ رضایت نامه و برائت نامه :

ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی : اعمال زیر جرم محسوب نمی شود :

- (۱) اقدامات والدین و اولیای قانونی و سرپرستان صغار و محجورین که به منظور تادیب یا حفاظت آنها انجام می شود مشروط به اینکه اقدامات مذکور در حد متعارف، تادیب و محافظت باشد.
- (۲) هر نوع عمل جراحی یا طبی و مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.
- (۳) حوادث ناشی از عملیات ورزشی مشروط بر اینکه سبب آن حوادث نقض مقررات مربوط به آن ورزش نباشد و این مقررات هم با موازین شرعی مخالفت نداشته باشد.

ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی : چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی

او برائت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نمی باشد .

ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی : هرگاه طبیبی گر چه حاذق و متخصص باشد در معالجه هایی که

شخصاً

انجام می دهد یا دستور آن را صادر می کند هرچند با اذن مریض یا ولی باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا

خسارت مالی شود، ضامن است .

قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴ به همراه آیین

نامه اجرایی آن:

ماده واحده:

(۱) هر کس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود خود او یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید. به حبس جنحه‌ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می‌توانسته کمک مؤثری بنماید به حبس جنحه‌ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمکهای اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم می‌شوند.

نحوه تأمین هزینه درمان این قبیل بیماران و سایر مسائل مربوط به موجب آیین‌نامه‌ای است که به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

(۲) هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلفند به اشخاص آسیب‌دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام لازم و کمک به آنها خودداری نکنند، به حبس جنحه‌ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.

(۳) دولت مکلف است در شهرها و راهها به تناسب احتیاج مراکز درمان فوری (اورژانس) و وسایل انتقال مصدومین و بیماران که احتیاج به کمک فوری دارند ایجاد و فراهم نماید.

(۴) مأمورین انتظامی نباید متعرض کسانی که خود متهم نبوده و اشخاص آسیب‌دیده را به مراجع انتظامی یا مراکز درمانی می‌رسانند بشوند.

قانون فوق مشتمل بر یک ماده پس از تصویب مجلس شورای ملی در جلسه روز سه‌شنبه ۱۶ اردیبهشت ماه ۱۳۵۴ در جلسه روز دوشنبه پنجم خرداد ماه یک هزار و سیصد و پنجاه و چهار شمسی به تصویب مجلس سنا رسید.

آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی:

ماده ۱- فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرارداد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو، یا عوارض صعب‌العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد.

ماده ۲- از نظر این آئین‌نامه فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر می‌شود:

(۱) مسمومیت‌ها

(۲) سوختگی‌ها

(۳) زایمان‌ها

(۴) صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسایل نقلیه

(۵) سکته‌های مغزی و قلبی

(۶) خونریزی‌ها و شوک‌ها

(۷) اغما

(۸) اختلالات تنفسی شدید و خفگی‌ها

(۹) تشنجات

(۱۰) بیماری‌های عفونی خطرناک مانند مننژیت‌ها

(۱۱) بیماری‌های نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند.

(۱۲) علاوه بر این، در ماده ۱۲ آئین‌نامه شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای تاکید شده است که کلیه

شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیر یا در هنگام

بروز بحران و سوانح از سوی سازمان نظام پزشکی و یا مراجع قانونی ذی ربط اعلام می شود، باید همکاری ممکن و لازم را معمول دارند.

که به موجب همین آئین نامه (آئین نامه اجرائی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین) کلیه بیمارستان ها اعم از دولتی و غیر دولتی در تمام اوقات شبانه روز و نیز درمانگاهها و سایر موسسات درمانی در ساعت فعالیت طبق پروانه تاسیسی که از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دریافت داشته اند، مکلف به پذیرش بیمارانی که مشمول فوریت‌های پزشکی هستند، می باشند. در مناطقی هم که مراکز اورژانس وجود دارند و به نحوی از موارد فوریت‌های پزشکی اطلاع پیدا می کنند مسئولیت مستقیم انتقال بیمار به مراکز درمانی با مراکز اورژانس مجهزتر می باشند.

ماده ۳- بیمار مشمول این آیین‌نامه شخصی است که طبق تعریف فوریت های پزشکی (اورژانس) احتیاج به کمک فوری دارد.

ماده ۴- کلیه بیمارستانها، اعم از دولتی و غیر دولتی در تمام اوقات شبانه‌روز و نیز درمانگاه‌ها و سایر مؤسسات درمانی در ساعات فعالیت طبق پروانه تأسیس که از وزارت بهداشتی سابق دریافت داشته‌اند مکلف به پذیرش بیمارانی که مشمول فوریت‌های پزشکی هستند می‌باشند.

ماده ۵- در مناطقی که مراکز اورژانس وجود دارد و به نحوی از موارد فوریت‌های پزشکی اطلاع پیدا می‌کند مسئولیت مستقیم انتقال بیمار به مراکز درمانی با مراکز اورژانس می‌باشد.

تبصره ۵- همه افراد مکلفند به محض مشاهده هر گونه موارد اورژانس در صورت دسترسی به مرکز اورژانس از طریق تلفن و سایر وسائل ارتباطی فوراً مورد را به آگاهی نزدیکترین مرکز اورژانس برسانند و در صورت عدم دسترسی به واحد اورژانس نسبت به انتقال بیمار اورژانسی به نزدیکترین مراکز درمانی اقدام نمایند.

ماده ۶- در صورتی که بیمار اورژانس در واحدهای بخش دولتی تحت مداوا قرار گیرد حق‌العلاج پزشکی که جهت مداوای بیمار فراخوانده می‌شد در صورتی که در ساعات غیر اداری باشد برابر ۵۰٪ تعرفه خدمات درمانی مورد عمل در آن مورد خاص خواهد بود.

تبصره ۵- پزشکانی که منحصراً در بخش خصوصی به کار اشتغال دارند در صورتی که به دلیل نیاز از آنان کمک خواسته شود در تمام اوقات از مزایای این ماده استفاده خواهند نمود.

ماده ۷- در صورتی که بیمار اورژانس در واحدهای درمانی غیر دولتی تحت مداوا قرار گیرد هزینه درمان توسط بیمار طبق تعرفه خدمات درمانی پرداخت خواهد شد.

تبصره ۵- در موارد استثنایی که بیمار استطاعت پرداخت کامل هزینه درمان خود را نداشته باشد طبق نظر کارشناسی مددکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر تا ۸۰٪ کل هزینه توسط آن وزارتخانه پرداخت خواهد شد. بدیهی است مابه‌التفاوت پرداختی وزارتخانه مذکور را خود بیمار باید به واحد درمانی مربوطه بپردازد.

☞ (قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷):

ماده ۳ - خودداری بیمارستانهای از پذیرش و ارائه خدمات اولیه لازم به بیماران اورژانس جرم محسوب شده و متخلف به مجازاتهای زیر محکوم می‌گردد:

مرتبۀ اول: جریمه نقدی از یکصد هزار تا پانصد هزار ریال، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی.

مرتبۀ دوم: جریمه نقدی پانصد هزار تا یک میلیون ریال، لغو پروانه مسئول فنی موسسه، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی.

مرتبۀ سوم: جریمه نقدی از مبلغ یک میلیون ریال تا پنج میلیون ریال، لغو پروانه مسئول فنی موسسه، لغو پروانه تاسیس، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی.

فصل سوم

اهمیت پرونده نویسی

🔸 **پرونده بیمار:** پرونده بیمار یک سند قانونی محسوب می شود و در واقع محلی برای نگهداری سوابق و مدارک بیمار است و برای احقاق حق بیمار و رفع اتهاماتی که در مورد درمان و مراقبت ممکن است به پزشک، ماما، پرستار و سایر افراد کادر درمانی وارد شود، مورد استفاده قرار می گیرد. بنابراین تشخیص بیماری، وضع بیمار، چگونگی درمان، مراقبت و گزارش پزشکان، نتیجه آزمایشات و کلیه اطلاعات مربوط به بیمار از تاریخ پذیرش تا هنگام ترخیص باید به دقت و به درستی در پرونده نوشته شود.

🔸 **حفظ اسرار:**

بقرات در سوگندنامه خود برای اولین بار مسئله محرمانه بودن مدارک پزشکی را با عنوان زیر مطرح

نمود:

«آنچه در حین انجام دادن حرفه و حتی خارج از آن درباره زندگی مردم خواهیم دید یا شنید که نباید فاش شود به هیچ کس نخواهم گفت زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه اسرار سپرد.»

از طرفی در مکاتبات الهی و همچنین در قوانین انتظامی سازمان نظام پزشکی و قانون تعزیرات بر اصل رازداری تاکید شده است. به طوری که در مکاتبات الهی رازداری یک تکلیف شرعی است و رازداری حرفه ای یکی از مهمترین نظریه های اخلاقی پزشکی است.

🔸 **در ماده ۴ شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه ای، تاکید شده است که:** شاغلین حرفه های پزشکی

و

و ابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی را ندارد .

🔸 **طبق ماده ۱۰۶ قانون تعزیرات و همچنین ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی آمده است که:** اطباء

و جراحان به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می شوند. هرگاه غیر از مواردی که بر حسب قانون ملزم می باشند اگر اسرار مردم را افشاء کنند به شلاق تا ۷۴ ضربه محکوم می شوند که اخیرا به موجب تصویب

شورای عالی قضایی حبس و جریمه نقدی هم بر آن اضافه شده است. (سه ماه و یک روز تا یکسال حبس

و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی)

بنابراین مدارک پزشکی محتوای اطلاعاتی است که عمدتاً بر اساس روابط پزشک، ماما، پرستار با بیمار که عموماً یک ارتباط قابل اطمینانی است، تنظیم می‌گردد. اصول اخلاقی پزشکی رابطه پزشک و سایر افراد کادر درمانی را با بیمار به صورت یک ارتباط سالم بر پایه‌های اخلاقی و حفظ کامل شئون اسلامی تعیین می‌کنند. برای بیمار این مورد که مسائل او بطور محرمانه حفظ خواهد شد امری مهم است. این مسئله موجب تقویت روحیه بیمار و همکاری بهتر او در ارائه اطلاعات کامل به پزشک و اجرای برنامه‌های درمانی و کسب نتایج خوب درمانی می‌گردد. همچنین بیمار نیز باید آگاهی داشته باشد که اطلاعات کسب شده، درج شده و جمع‌بندی شده در مدارک پزشکی چه در حال حاضر و چه در آینده به نفع بیمار به کار خواهد رفت.

✍ گزارش نویسی در پرستاری و مامایی:

به جرات می‌توان گفت که یکی از مهمترین مدارک پرونده بیماران گزارش پرستاری می‌باشد که گزارش پرستاری جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس می‌کند.

در بیان ارزش گزارش پرستاری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱) نافذترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران و پزشکان.
- ۲) سند با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار، زیرا مراقبت اصولی و موثر از بیماران نیازمند به کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی، اقدامات تشخیصی-درمانی، مراقبتی و آموزشی می‌باشد.
- ۳) سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک و ...
- ۴) سند مهم برای پژوهش و نظارت

قطعا پرونده بیماری که یک شرح حال (observation) ، سیر بیماری (progress note)، مناسب توسط پزشک و گزارش پرستاری (nurse record) مناسب توسط پرستار داشته باشد، از خدمات تشخیصی-درمانی بهتری بهره مند می شوند.

✍ **تعریف گزارش نویسی:** تعویض و تبادل اطلاعات در مورد بیمار به صورت نوشتاری و یا گفتن بین گروه مراقبت کننده بهداشتی درمانی را گزارش می گویند.

برقراری ارتباط حرفه ای موثر بین اعضاء گروه بهداشتی-درمانی به وسیله گزارش دهی به یکدیگر صورت می گیرد. ثبت و گزارش اطلاعات مناسب، دقیق و صحیح اعضاء گروه بهداشتی درمانی از جمله پرستاران می تواند برنامه مراقبتی سازمان یافته و جامعی را برای مراقبت از مددجو برنامه ریزی و اجرا نماید که نتیجه آن ارتقاء کمی و کیفی برنامه مراقبتی خواهد بود.

گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده (Record)، گزارش شفاهی (Report) یا مشاوره (Consulation) صورت می گیرد. در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران شیفت بعدی، گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه می نمایند. از مهمترین مسئولیت های پرستار نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه ای (پزشک ، پرستار ، مسئول آزمایشگاه و...) می باشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارد.

✍ اهداف گزارش نویسی:

۱. برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان: اولین هدف ثبت گزارش بیماران ، در جریان قرار دادن دیگر

افراد گروه بهداشتی-درمانی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی است.

۲. برنامه ریزی مراقبتی: براساس داده های روزانه و تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی برنامه مراقبتی طراحی

می شود.

۳. برآورد کیفیت: براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود. در صورت وجود مشکلات، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزار می گردد. همچنین برای انتخاب استانداردهای مراقبتی، از پرونده بیماران نیز استفاده می شود.

۴. پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی: گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده بیمار می باشد. بنابراین ثبت گزارش بایستی دقیق، صحیح و به موقع صورت گیرد. بیماران هزینه درمانی خود را براساس گزارشات ثبت شده در پرونده که چه نوع مراقبت هایی را دریافت نموده اند، حساب و پرداخت می نمایند.

۵. آموزشی: گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده می گردد.

۶. تحقیقی: پژوهشگرانی که در زمینه حل مشکلات بهداشتی- درمانی فعالیت دارند، به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب می نمایند و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.

۷. تاریخی: اطلاعات و یافته های بهداشتی- درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد موردنیاز باشد. به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارد.

۸. اعتبار بخشی: سازمان بهداشتی با استفاده از گزارش های ثبت شده، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نماید.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح :

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری ز اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبت های پرستاری الزامی است.

(۱) حقیقت (Actuality)

(۲) دقت (Accuracy)

(۳) مختصر و کامل (Completeness and Concise)

(۴) پویا (Current)

(۵) سازماندهی (Organize)

(۶) محرمانه (Confidential)

حقیقت در گزارش نویسی:

- ✓ گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید ، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گیرد.
- ✓ گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شوند، می بوید و احساس می کند.
- ✓ از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و با ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.
- ✓ به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

مثال:

- گزارش صحیح:** بیمار اظهار می دارد دچار اختلل در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.
- گزارش غلط:** بیمار افسرده به نظر می رسد.

دقت در گزارش نویسی:

- ✓ موارد ثبت شده در مورد بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال:

- گزارش صحیح:** بیمار 360 cc مایعات (آب) مصرف نموده است.
- گزارش غلط:** بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.
- گزارش صحیح:** زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5 cm طول دارد.
- گزارش غلط:** زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار می باشد.

- ✓ در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیر استاندارد جدا خودداری نمایید. علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.
- ✓ در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.
- ✓ در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- ✓ چنانچه گزارش پرستار دقیق و با اطمینان نباشد قانون دانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.
- ✓ عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای این مشخصات باشد : نام و نام خانوادگی ، سمت ، رتبه ، تاریخ و ساعت

کامل بودن گزارش:

- ✓ اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.
- ✓ در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب نمود.

پویا بودن گزارش:

- ✓ گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.
- ✓ تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید بر اساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

۱. علائم حیاتی
۲. تجویز دارو و اقدامات درمانی
۳. آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
۴. تغییر در وضعیت سلامت
۵. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
۶. اداره تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

سازماندهی گزارش:

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده گردد.

محرمانه بودن گزارش:

کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیماران باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

گزارشات شفاهی:

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می باشد پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش، پرستار خلاصه ای از فعالیتها و شرایط بیمار را (در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت) به پرستار دیگر منتقل نماید.

ارائه گزارش شفاهی به اشکال مختلف صورت می گیرد.

گزارش مشکل بیمار: ارائه گزارش به واحد یا بخش های موردنیاز بیمار صورت می گیرد. این گزارش ها تأکید بر مشکل بیمار دارد.

هر نوع مشکل بیمار به صورت ذیل باید ارائه شود:

- (۱) مشکل مراقبتی بیمار همراه با تشخیص پزشکی و پرستاری
- (۲) یافته هایی که مشکل را کاملاً شرح می دهد.
- (۳) مداخلات انجام شده در روز و میزان موفقیت آن برای حل مشکل

گزارش تغییر وضعیت بیمار:

بسیاری از گزارشات پرستار در طول نوبت کاری، مربوط به تغییر وضعیت بیمار می باشد که به سرپرستار و یا دیگر پرستاران گزارش می شود راهنمای اصلی گزارش تغییر وضعیت بیمار، بر مبنای یافته های قابل اندازه گیری است و نشان دهنده میزان تغییر وضعیت می باشد.

مواردی که می باید در این گزارش ارائه شود عبارتست از :

(۱) مشخصات فردی بیمار که تغییر وضعیت داشته است.

(۲) میزان تغییر وضعیت بیمار با توجه به یافته های قابل اندازه گیری اولیه ارائه شود.

(۳) علائم و نشانه های عوارض بالقوه بیان گردد.

(۴) هرگونه مداخله انجام شده همراه با نتایج آن بیان شود.

گزارش به پرستار دیگر در این نوع گزارش، گزارش دهنده و گیرنده هر دو پرستار می باشند. در هنگام ثبت گزارش از فرآیند پرستاری استفاده می شود.

گزارش به پزشک : هنگامی که پرستار به پزشک گزارش می دهد باید از تشخیص های پزشکی استفاده نماید. قبل از گزارش به پزشک، پرستار یافته های عینی و ذهنی و تغییرات بیمار را بررسی می کند سپس وضعیت بیمار را شرح می دهد یافته های به دست آمده به گونه ای شرح داده شود که پزشک را در تعیین تشخیص پزشکی و معالجات مناسب کمک نماید.

چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود :

(۱) گزارش تعویض شیفت (Change of shift reports)

(۲) گزارش تلفنی (reports Telephone)

(۳) گزارش انتقالی (reports Transfer)

(۴) گزارش حوادث اتفاقی (reports Incident)

گزارش تعویض شیفت :

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است به صورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است. گزارش تعویض

شیفت ممکن است به صورت شفاهی ، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.

راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند. در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشدار دهنده ای از سوی بیماران آآوری گردد. با توجه به این امر که پرستاران مسئولیتهای زیاد و متنوعی دارند این مسئله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود. در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد . اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند : اطلاعات واضح است ، اطلاعات صحیح است ، اطلاعات دقیق است ، اطلاعات خلاصه است. گزارش تلفنی وضعیت بیمار باید در پرونده وی ثبت گردد. موارد ثبت شده عبارتند از :

زمان و نام فرد ارائه دهنده و گیرنده پیام تلفنی ، اطلاعات ارائه و دریافت شده در برگه گزارش مثلاً : در ساعت ۱۰۲۲ به دکتر م- ح تلفن نمودم و اطلاع دادم جواب آزمایش سطح پتانسیل آقای احمدی ۳/۰۲ می باشد.

پرستار ت- س.

راهنمای دستور تلفنی:

- (۱) در موقع گزارش تلفنی به پزشک حتماً پرونده بیمار در دسترس پرستار باشد تا هرگونه سؤال پزشک از جمله
- (۲) علائم حیاتی قلبی بیمار ، رژیم درمانی و غیره با توجه به آن پاسخ داده میشود.

۳) برای پیشگیری از خطا در درک دستورات سریع و با عجله پزشک مجدداً از وی بخواهید که دستورات را

روشن

۴) تر بیان کند.

۵) نام بیمار ، شماره اتاق و تشخیص بیمار دقیقاً مشخص شود.

۶) پس از اتمام دستورات پزشک ، دستورات وی مجدداً بازگو شود.

۷) طریقه ثبت دستورات تلفنی شامل تاریخ و زمان دستور داده شده ، نام بیمار ، پرستار ، پزشک و دستور

داده شده می باشد که باید بطور کامل نوشته شود.

۸) از مقررات بیمارستان پیروی کنید.

۹) دستورات شفاهی بایستی توسط دو پرستار کنترل و امضا

۱۰) براساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستور تلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند (حداکثر

تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی).

گزارش تلفنی:

هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش و یا مرکز درمانی دیگر لازم است پرستار خلاصه ای از وضعیت وی و

مراقبتهای انجام شده را در برگه انتقال بنویسد . مثلاً موقع انتقال بیمار از بخشهای ویژه و یا ریکاوری به بخش

های دیگر.

گزارش انتقال به صورت تلفنی و یا حضوری داده میشود. پرستار به ترتیب موارد زیر را باید در هنگام ارائه گزارش

انتقال مورد توجه قرار دهد :

۱- نام ، سن ، نام پزشک معالج و تشخیصهای پزشکی بیمار ، زمان و تاریخ انتقال

۲- وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر

۳- برنامه مراقبتهای در حال حاضر

۴- هر نوع بررسی و مداخله ویژه موردنیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید

۵- وسایل خاص موردنیاز بیمار (مثل لوله ها و وسایل طبی)

۶- توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)

گزارش حوادث اتفاقی در بیمارتان (موسسه درمانی):

هدف از گزارش حوادث، شناسایی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقاء کیفی کار پرستاران استفاده می شود. پرستاران موظف اند با سیاستها و قوانین مرکز درمانی در رابطه با گزارش حوادث آشنا بوده و در مواقع لزوم از آن بهره گیرند.

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شوند:

- (۱) به طور مختصر و دقیق و کاملا عینی حادثه شرح داده شود.
- (۲) زمان حادثه
- (۳) نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است.
- (۴) هرگونه اقداماتی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود.
- (۵) شود.
- (۶) زمان اطلاع به پزشک مسئول
- (۷) زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- (۸) برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.
- (۹) حادثه باید هرچه سریع تر به مسئول مربوطه گزارش شود.
- (۱۰) گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد.
- (۱۱) گزارش نباید کپی شود.

مصداق تحریف در گزارش پرستاری:

گزارش پرستاری ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از :

- ۱) اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا اضافه گردیده است.
- ۲) ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری .
- ۳) حذف نکات مهم گزارش.
- ۴) ثبت تاریخ گزارش بنحوی که موید این مسئله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است .
- ۵) دوباره نویسی و تغییر گزارش.
- ۶) تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود.
- ۷) اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین .

مصداق قصور در گزارش پرستاری:

آنچه که تاکنون باعث شده پرستاران به دادگاه فراخوانده شوند و گاه به دلیل سهل انگاریها یا معالجه غلط بیماران یا کوتاهی و قصور در بررسی بیمار نتوانسته اند از خود دفاع نمایند قصور ورزیدن در انجام صحیح استاندارهای مراقبتی و نارسایی در مشاهدات پرستاری بوده که ذیلا به بعضی از موارد قصور اشاره می شود:

- ۱) قصور در اجرای درمان به طور صحیح.
- ۲) سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت در ثبت آن.
- ۳) اشتباهات دارویی.
- ۴) قصور در مشاهده کردن.
- ۵) قصور در ثبت صحیح مشاهدات خود از بیمار.
- ۶) بکار گیری تجهیزات ناقص و معیوب .
- ۷) قصور در بررسی بیمار و نگرفتن تاریخچه بیماران و شرح حال آنان.
- ۸) سوختگی ها .

- ۹) قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار.
- ۱۰) قصور در محرمان نگه نداشتن اطلاعات بیماران .
- ۱۱) قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت به موقع آن .
- ۱۲) قصور در گزارش دادن به موقع به پزشک .
- ۱۳) قصور در ثبت گزارش تلفنی یا شفاهی به پزشک.
- ۱۴) قصور در فراهم کردن کمک به پزشک .
- ۱۵) قصور در مورد دستورات دارویی و غیر دارویی بی جا و نامناسب .
- ۱۶) قصور در ثبت دستورات .
- ۱۷) واگذار نمودن مراقبتهای درمانی و دارویی بیمار به افراد غیر کارشناس (همراه ،خدمه و ...)
- ۱۸) عدم ثبت ساعت وقوع حادثه .
- ۱۹) غفلت در ثبت جزئیات (کلی گویی).
- ۲۰) غفلت در ثبت دستورات شفاهی یا به امضاء نرساندن آنها.
- ۲۱) ثبت اطلاعات غلط.

نکات مهم در ثبت گزارش پرستاری:

۱. پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد، بهترین مدافع کادر درمان در برابر قانون می باشد.
۲. اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.
۳. جهل (عدم آگاهی) به قانون رفع مسئولیت نمی نماید.
۴. چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد، در پرونده بیمار ثبت شود، اثبات صحت اقدامات انجام شده آسان تر خواهد بود.
۵. تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری باشد برطرف شود.
۶. ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند کادر درمانی را حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار برده شود.

۷. ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.

۸. توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجهه باید حتما در پرونده ثبت گردد.

۹. از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت شود.

۱۰. جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده شود.

۱۱. جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده شود.

۱۲. چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده باشد قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده

گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود.

تبصره ۵-۱. ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد

محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی ب

می باشد.

۱۳. به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب

بنویسید.

۱۴. جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. بعنوان

مثال ساعت ۱ بعداز ظهر را بصورت ۱۳ : ۰۰ و ساعت نه و ربع بامداد را بصورت ۱۵ : ۰۹ ثبت نمایید.

ماده ۶. کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد.

تبصره ۶-۱. ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولا در انتهای هر شی

کاری ثبت می گردد، از این تبصره مستثنی است؛ ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و مشاوره و ..

گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.

تبصره ۶-۲. هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده مو

گردد. هم چنین لازم است مستند سازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.

۱۵. گزارش پذیرش بیمار (اولین گزارش پرستاری در هر بخش) باید بسیار کامل نوشته شده و بایستی شامل ساعت

و تاریخ پذیرش در بخش، نحوه ورود (با پای خودش، با برانکار، با صندلی چرخدار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط

همراهان و ...) ، شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی، نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری) ، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود، داشتن Bed sore ، گچ ، آتل، پانسمان قبلی، چست تیوب... و سایر موارد مهم مشاهده شده، برنامه درمانی و تمام بررسیها و آزمایشهای درخواست شده توسط پزشک معالج و توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار باشد .

ماده ۳. تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد.

تبصره ۳-۱. مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علائم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در خدمات ارائه شده؛ از قاعده رنگ خودکار مذکور در ماده ۳ مستثنی می باشد.

۴-۱ تذکر :در صورتیکه بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری باشد، ثبت موارد وضعیت روحی و آموزشهای ارائه شده به بیمار لازم نیست.

۱۶.در ابتدای هر گزارش پرستاری ثبت وضعیت عمومی بیمار ضروری است . منظور از حال عمومی بیمار مواردی چون چگونگی ارتباط بیمار ، عملکرد سیستم های حیاتی ،علائم عینی و حسی بیمار و می باشد .

۱۷.کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل : نام دارو ، دوز دارویی ، راه تجویز دارو ، تاریخ و زمان دادن دارو می باشد) .

۱۸.در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود .

۱۹.مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید .

۲۰. دستور پزشک یک دستور کلی است و اجرای مواردی چون محاسبه تعداد قطرات، محاسبه غلظت محلول، چگونگی تنظیم ساعات و... بر عهده پرستار است.

۲۱. در صورت ندادن دارو به هر علت باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. (برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و...)

۲۲. در رابطه با HOLD دارو (داروهایی که امکان استفاده از آنها میسر نبوده و یا بنا به دلایلی مورد استفاده قرار نگرفته باید با ذکر دلیل مربوطه در گزارش درج گردد)

۲۳. در رابطه با داروهای PRN: درج زمان و مقدار دارو الزامی است (جهت جلوگیری از استفاده بیش از حد یا عدم استفاده).

۲۴. در رابطه با داروهای stat نیز درج زمان و مقدار دارو و واکنش بیمار به دارو الزامی است.

۲۵. با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.

۲۶. یکی از وظایف اساسی پرستاری توجه و تامین نیازهای اساسی مددجویان است و طبعا نیاز به غذا، خواب، استراحت از اهمیت ویژه ای برخوردار است و ضروری است که چگونگی تامین این نیازها در گزارش پرستاری درج گردد. درج رژیم غذایی و میزان رعایت رژیم تجویزی در گزارش پرستاری الزامی است. در همین رابطه ذکر این نکته ضروری است که در صورت عدم تحمل رژیم غذایی و نخوردن غذا توسط بیمار، مورد حتما بایستی علاوه بر درج در گزارش پرستاری در اسرع وقت به پزشک معالج نیز گزارش شود.

۲۷. در بیماران NPO ابتدا درج NPO بودن در پرونده پزشکی و گزارش پرستاری و کاردکس الزامی است همچنین بیمار نیز در خصوص عدم مصرف هرگونه خوراکی باید توجیه گردد و بالای تخت بیمار نیز تابلوی NPO نصب گردد.

۲۸. در مواردی که غذای بیمار گاوژ می گردد مقدار و نوع محلول بایستی در گزارش ثبت شود.

۲۹. از آنجا که سبک و روند تغذیه بیماران در بیمارستان با منزل متفاوت است با تغییر الگوی غذایی و نوع فعالیت بدیهی است که الگوی دفعی بیمار نیز مختل می گردد. لذا گزارش وضعیت اجابت مزاج و الگوی دفع ادرار در هر شیفت ضروری است.

۳۰. ثبت انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار و تستهای خاص مثل PPD و تست پنی سیلین در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش الزامی است.

۳۱. دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را بطور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه گزارش نمایید.

۳۲. ثبت تاریخ انجام گرافیهها و آمادگیهای لازم در گزارش پرستاری ضروری است.

۳۳. ثبت زمان ارسال نمونه های خلط، ادرار، مدفوع و.... لازم است.

۳۴. در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی (هر همان شیفت) را در گزارش قید نمایید.

۳۵. در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده الصاق شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.

۳۶. در بیمارانی که میزان سرم دریافتی بایستی براساس out put تنظیم و انفوزیون گردد درج حجم out put بیمار و میزان سرم دریافتی که بر اساس I&O محاسبه و انفوزیون می شود، در هر شیفت به طور مجزا الزامی است.

۳۷. عصرکار باید در پایان شیفت خود جمع ۱۲ساعته و شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی (موجود در پرونده بیمار) در ستون مربوطه ثبت نماید .

۳۸. در رابطه با بیمارانی که تحت ونتیلاسیون مکانیکی می باشند، درج setting ونتیلاتور و در صورت استفاده از sedative دوز و زمان و نحوه تزریق آن الزامی است. انجام ABG و اقدامات انجام شده به دنبال دریافت جواب آن نیز بایستی در گزارش ثبت گردد.

۳۹. در رابطه با بیمارانی که تحت O2 تراپی می باشند، ذکر میزان اکسیژن دریافتی و نحوه تجویز آن و نیز واکنش بیمار به آن بایستی در گزارش ذکر گردد.

۴۰. اگر بیمار اینتوبه می باشد و یا تراکئوستومی دارد، مراقبتهای انجام شده در این زمینه بایستی در گزارش ثبت شود.

۴۱. وضعیت حرکتی بیمار با ذکر ساعات انجام تغییر پوزیشن (در صورت نیاز) و استفاده از تشک مواج را ثبت نمایید.

۴۲. تاریخ جایگذاری کلیه کاتترها از جمله کاتتر فولی، کاتترهای شریانی یا وریدی، NGT، و... بایستی در گزارش پرستاری ثبت شود.

۴۳. در بیمارانی که به دلایل مشکلات تنفسی تحت درمان می باشند، قید الگوی تنفسی، نیاز بیمار به بخور، نیاز بیمار به ساکشن، فواصل انجام ساکشن، نوع و میزان ترشحات بایستی در گزارش ثبت شود.

۴۴. در بیمارانی که دارای پانسمان می باشند ذکر نوع پانسمان، تاریخ انجام آن، میزان ترشح زخم یا درن (حجم ترشحات یا تعداد گازهایی که در هر بار تعویض مورد استفاده قرار می گیرد) و فواصل انجام پانسمان در گزارش الزامی است.

۴۵. در خصوص مشاوره های پزشکی ضمن درج ساعت انجام مشاوره و زمان اطلاع نتیجه مشاوره به پزشک معالج باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

ماده ۳. در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم

پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت ✓ تایید و برنامه ریزی نماید، پس از انجام نیز؛

تعداد موارد انجام شده؛ تاریخ و ساعت انجام دستور، و نام و امضای خود را مستند نماید.

۴۶. در رابطه با دستورات تلفنی: بایستی نام پزشک، ساعت دستور ثبت شده درج گردد و جهت صحت درک، دستور

مجددا توسط پرستار مستمع بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی چک شده و اجرا گردد. در

نهایت دستور مزبور بایستی توسط پزشک معالج درج و امضاء گردد (حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت) و یاد

آوری و تذکر این موارد از سوی پرستار الزامی است.

ماده ۴. دستورات تلفنی (Tel orders)، بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

تبصره ۴-۱. بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

تبصره ۴-۲. لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی (Tel orders) در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)
- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
- متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید دوی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد
- نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور
- امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی

۴۷. با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد در گزارش پرستاری بیمار حتما قید نمایید .

۴۸. ضروریست پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبتهای خاص برای بیمار، در اسرع وقت گزارش نماید.

۴۹. ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.

۵۰. در صورت طولانی بودن در انتهای صفحه گزارش بنویسید (د/مه /د/ر) سپس امضا کنید و بعد وارد صفحه دیگری شوید.

۵۱. گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیاء باید در پرونده ثبت شود.

۵۲. از ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.

۵۳. گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.

۵۴. از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیدا اجتناب نمایید.

۵۵. فقط باید از کلمات مخفف استاندارد مورد قبول استفاده نمایید.

۵۶. توجه داشته باشید ابزار و وسایل مورد استفاده برای ایمنی بیمار نظیر استفاده از بدساید را ثبت کنید.

۵۷. برای بیماران مرخص شده ثبت گزارش ترخیص شامل آموزش های ارائه شده در زمینه رژیم غذایی، رژیم فعلیتی و رژیم دارویی و در صورت نیاز زمان مراجعه بعدی الزامی است. همچنین ثبت وضعیت عمومی بیمار در زمان ترخیص ضروری است.

۵۸. در گزارش نویسی انحصارا" مواردی را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

۵۹. در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نمایید.

۶۰. از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نا خوشایند بپرهیزید.

۶۱. از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.

۶۲. اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

تبصره ۴-۲. لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی (Tel orders) در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)
- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
- متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد
- نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور
- امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی

۶۳. در بین و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید.

۶۴. در پایان گزارش از مهر (ترجیحا دارای شماره نظام پرستاری) استفاده کنید همچنین نام خانوادگی، سمت و امضاء خود را وارد نمایید.

۶۵. پرستار موظف است در صورت بروز حوادث غیر مترقبه ای چون آلرژی، تشنج، واکنشهای ناگهانی دارویی (فوری یا تاخیری)، سقوط از تخت، برق گرفتگی، اغماء ناگهانی، ایست قلبی - تنفسی، فرار از بخش، سقوط از طبقات، خودکشی و ... اهم فرایند حادثه را به طور واقع بینانه در گزارش خود ثبت نموده و سریعاً اقدامات لازم را

متناسب با نوع حادثه انجام داده و مسئولین زیربط (پزشک معالج، سوپروایزر و خانواده بیمار و...) را در جریان امر قرار دهد.

۶۶. جهت جلوگیری از بروز حوادث فوق الذکر استفاده از حفاظ تخت، کنترل اتصالات برق، بستن پنجره ها و استفاده از حفاظ، اطمینان از خوردن نوبتهای دارویی، مهیا ساختن آنتی دوتتهای اساسی، گزارش تغییرات همودینامیکی فاحش، حفاظت از قفسه های دارویی و دقت کافی در دادن داروها ضروری است.

ماده ۱. روش تصحیح خطا: هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود:

- دور موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود
- علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.

تبصره ۱-۱. اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر / فضای در دسترس ثبت شده تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.

تبصره ۱-۲. هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر ر آن تغییر داد.

تبصره ۱-۳. لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

ماده ۲. مستندات از قلم افتاده: مواقعی اتفاق می افتد که موردی با تاخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل موردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود.

تبصره ۱-۲. ثبت داده ها با تاخیر: لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند. در ثبت موارد تاخیری لازم است:

- ثبت های جدید تحت عنوان "ثبت تاخیری" مشخص گردد.
- تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
- محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود.

تبصره ۲-۲. ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات: "ضمائم و ملحقات" نوع دیگری از ثبتهای تاخیری هستند که برای فراهم کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی استفاده می شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاصی فراهم می کند. از طریق ضمام، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

روش اضافه کردن اطلاعات:

- تاریخ و زمان جاری مستند گردد.
- واژه "ضمیمه/ اضافه شده" ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردیکه این اطلاعات به آن اضافه می شود بیان گردد.
- در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

تبصره ۲-۳. ثبت توضیحات: نوع دیگر ثبت تاخیری یادداشت توصیفی می باشد. اینگونه یادداشتها برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند نوشته می شوند.

برای ایجاد یادداشت توضیحی:

- تاریخ و زمان جاری مستند شود.
- واژه "یادداشت توضیحی" ثبت ، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.
- تا جای ممکن، یادداشتهای توضیحی در حد اقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.

چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

در صورت عدم رعایت تبصره ۶-۲ به دلایل موجه، چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی به شرح ذیل می باشد:

گزارشات	چارچوب زمانی تکمیل
پرونده تحت نظر اورژانس	۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس
شرح حال	۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از اجرای طرح درمان
گزارش های مشاوره	۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره
گزارش عمل جراحی	۲۴ ساعت پس از انجام عمل
گزارش اقدامات خاص	۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام
خلاصه پرونده	تا قبل از تسویه حساب بیمار
برگ انتقال بیمار	همزمان با انتقال بیمار

ملاحظات مهم در مستندسازی پرونده پزشکی بیمار

✍

عملکرد غلط	عملکرد صحیح
پاک نمودن مطالب اشتباه با استفاده از لاک غلط گیر یا مخدوش نمودن اشتباهات ثبت.	کشیدن یک خط ساده روی مطلب اشتباه و ثبت کلمه "Mistaken Entry" در بالا یا کنار آن و ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی و امضا.
ثبت اطلاعات بدون اطلاع از صحت آنها، عجله برای کامل نمودن گزارشات، و ثبت حدس و گمان در پرونده.	ثبت اطلاعات پس از اطمینان از دقت آنها، ثبت مطالب واقعی و اجتناب از گزارش حدس و گمان.
ثبت مطالب به صورت پراکنده در گزارش ها و وجود فضای خالی بین مطالب.	ثبت گزارش بصورت خط به خط، و در صورت باقی ماندن فضای خالی بین نوشته ها، کشیدن یک خط افقی در آن، و ثبت نام و نام خانوادگی و امضا در آن محل.
در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "پزشک اشتباه نموده است".	در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "برای روشن شدن دستور با پزشک تماس گرفته شد".
ثبت خدمات ارایه شده به بیمار توسط فردی غیر از ارایه دهنده خدمت، در پرونده بیمار.	ثبت خدمات ارایه شده به بیمار صرفا توسط ارایه دهنده خدمت، در پرونده بیمار. (هیچگاه ثبت های دیگران را عهده دار نگردید به جز مواردی که ارایه دهنده خدمت از بیمارستان خارج شده و به صورت تلفنی گزارشی که نیاز به ثبت دارد را اطلاع می دهد در این شرایط منبع اطلاع گزارش و نحوه گزارش "تلفنی" را ثبت نمایید)
استفاده از عبارات عمومی نظیر «وضعیت بیمار تغییری نکرده» یا «بیمار روز خوبی داشته است» در ثبت گزارش.	ثبت وضعیت بیمار به طور کامل با جزئیات در گزارش.
ثبت کل مطالب گزارش در پرونده در پایان شیفت و با عجله.	ثبت مطالب مهم گزارش به تدریج در طول شیفت، و اطمینان از ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی، و مهر و امضای مستند ساز.

توجه:

از مهمترین وظایف پرستاران انجام اقدامات پرستاری بر اساس جدیدترین دستاوردهای علمی می‌باشد. از آنجاییکه پرستاری رشته‌ای علمی و پویا بوده و دارای چهار چوبی علمی جهت مراقبت از بیماران در قالب "فرآیند پرستاری" میباشد. در این راستا از اولین اقدامات پرستاری تعیین سطوح مراقبتی بیماران است، به عبارت دیگر پس از مشاهده و یافتن علائم عینی و ذهنی (جسمی و وضعیت روانی) وضعیت فعلی بیمار از نظر مراقبتی تعیین می‌گردد. در حال حاضر ۵ سطح مراقبتی به ترتیب زیر برای بیماران تعیین شده است که در اولین مداخلات پرستار با بیمار این سطوح مشخص می‌گردد.

ثبت این اقدامات نیز از اهمیت به‌سزایی برخوردار است، بنابراین در اولین گزارش پرستاری ابتدا علائم عینی و ذهنی بیمار ثبت می‌گردد و بر اساس این اطلاعات سطوح پنجگانه مراقبتی تعیین شده و ثبت می‌گردد. در قالب این سطوح مراقبتی تشخیص‌های پرستاری بر اساس لیست تهیه شده از طرف "انجمن پرستاران آمریکای شمالی" NANDA نیز تعیین می‌گردد که پرستاران موظفند در ابتدای هر گزارش پرستاری تشخیص‌های پرستاری خود را ثبت و اقدامات پرستاری را براساس تشخیص‌های خود انجام دهند.

فصل چهارم

سقط جنین درمانی

✍ **تعریف سقط:** ختم حاملگی چه به صورت خودبخودی چه به صورت عمدی، قبل از اینکه جنین برای زنده ماندن به اندازه کافی تکامل یافته باشد.

✍ **قانون سقط درمانی:**

ماده واحده سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفین از اجرای قانون به مجازات های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد. قانون فوق مشتمل بر ماده واحده در جلسه علنی مورخ ۱۳۸۴/۰۳/۱۰ مجلی شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۴/۰۳/۲۵ به تأیید شورای نگهبان رسید.

✍ **شرایط سقط جنین درمانی:**

- (۱) بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد.
- (۲) بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص الخلقه بودن موجب حرج (سختی) مادر گردد.
- (۳) قبل از ولوج روح باشد.
- (۴) با تأیید سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی باشد.
- (۵) با رضایت مادر باشد.

با توجه به شرایط اعلام شده برای انجام سقط درمانی لازم است مادر باردار با مراجعه به پزشکی قانونی و با درخواست شخصی متقاضی صدور مجوز درمانی گردد. حتما باید سن بارداری کمتر از ۴ ماه باشد. بر اساس این که بیماری، در مادر وجود دارد یا جنین؟ از متخصصین مربوطه نظریه کارشناسی اخذ گردد و حداقل با نظر یک

متخصص رادیولوژی سن جنین بررسی می گردد. بیماری که باعث تهدید جان مادر گردد یعنی بیماری ادامه بارداری مادر باعث خطر جانی گردد.

متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد.

بیماری مادر و جنین حتما باید توسط سه پزشک متخصص مربوطه تایید شده باشد یعنی باید در خصوص بیماری مادر سه نفر از متخصصین اعلام نمایند که ادامه بارداری باعث خطر جان مادر می گردد و در موارد نقص ژنتیک در جنین باید سه متخصص مربوطه اعلام نمایند که این نقص ژنتیک باعث حرج مادر می گردد و پس از تایید سه متخصص باید با تایید پزشکی قانونی مجوز سقط درمانی صادر گردد.

لازم به ذکر است بدون مجوز از پزشکی قانونی پزشک اجازه سقط درمانی را ندارد.

لازم به ذکر است در موارد اورژانس که امکان اخذ مجوز از پزشکی قانونی وجود ندارد پزشک معالج می تواند با تایید اورژانسی بودن وضعیت بیمار و در صورت امکان اخذ نظریه سه نفر از متخصصین اقدام به سقط درمانی اورژانسی نماید ولی در موارد غیر اورژانسی لازم است طبق مصوبه مجلس تایید پزشکی قانونی وجود داشته باشد.

در خصوص رضایت طبق قانون کشور ما تنها نیاز به رضایت زن می باشد و نیازی نیست از همسر اخذ رضایت انجام شود. یعنی با مخالفت شوهر پزشکی قانونی می تواند تنها با رضایت زن مجوز سقط درمانی را صادر نماید.

لازم به ذکر است در موارد اورژانس طبق ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی نیازی به اخذ رضایت نمی باشد.

لازم به ذکر است در صورتیکه سن جنین بیشتر از ۴ ماه باشد دیگر اجازه سقط درمانی داده نمی شود و اگر مادر دارای جنین با نقص ژنتیکی باشد باید حاملگی ادامه یابد و نمی توان مجوز سقط درمانی را صادر نمود.

لازم به ذکر است اگر خانمی به صورت نامشروع و ناخواسته باردار شود نظر به این که جزء شرایط سقط درمانی طبق قانون نمی باشد نمی توان به دلیل نامشروع بودن و ناخواسته بودن مجوز سقط جنین صادر نمود، مگر این که شرایط سقط جنین درمانی وجود داشته باشد و اگر مادر باردار دارای بیماری باشد که ادامه بارداری باعث خطر جانی مادر شود، طبق ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی: هر گاه جنینی که بقای آن برای مادر خطر جانی وجود داشته باشد و به منظور حفظ جان مادر سقط شود، دیه ثابت نمی شود.

دیه جنین:

ماده ۷۱۶- دیه سقط جنین به ترتیب ذیل است:

- ۴) نطفه ای که در رحم مستقر شده است: دو صدم دیه کامل
- ۵) علقه که در آن جنین به صورت خون بسته در می آید: چهار صدم دیه کامل
- ۶) مضغه که در آن جنین به صورت توده گوشتی در می آید: شش صدم دیه کامل
- ۷) عظام که در آن جنین به صورت استخوان درآمده لیکن هنوز گوشت روییده نشده است: هشت صدم دیه کامل
- ۸) جنینی که گوشت و استخوان بندی آن تمام شده ولی روح در آن دمیده نشده است: یک دهم دیه کامل
- ۹) دیه جنینی که روح در آن دمیده شده است اگر پسر باشد: دیه کامل
- ۱۰) دیه جنینی که روح در آن دمیده شده است اگر دختر باشد: نصف دیه کامل
- ۱۱) دیه جنینی که روح در آن دمیده شده است اگر جنسیتش مشخص باشد: سه چهارم دیه کامل

مجازات سقط جنین در قانون جدید

ماده ۷۱۷- هرگاه در اثر جنایت وارد بر مادر، جنین از بین برود، علاوه بر دیه یا ارش جنایت بر مادر، دیه

جنین نیز در هر مرحله ای از رشد که باشد پرداخت می شود.

ماده ۷۱۸- هرگاه زنی جنین خود را در هر مرحله ای که باشد، به عمد، شبه عمد یا خطا از بین ببرد، دیه

جنین، حسب مورد توسط مرتکب یا عاقله او پرداخت می شود.

تبصره ۵- هرگاه جنینی که بقای آن برای مادر خطر جانی دارد به منظور حفظ نفس مادر سقط شود، دیه ثابت

نمی شود.

ماده ۷۱۹- هرگاه چند جنین در یک رحم باشند سقط هر یک از آن ها، دیه جداگانه دارد.

ماده ۷۲۰- دیه اعضاء و دیگر صدمات وارد بر جنین در مرحله ای که استخوان بندی آن کامل شده ولی روح

در آن دمیده نشده است به نسبت دیه جنین در این مرحله محاسبه می گردد و بعد از دمیده شدن روح،

حسب جنسیت جنین، دیه محاسبه می شود و چنانچه بر اثر همان جنایت جنین از بین برود، فقط دیه جنین

پرداخت می شود.

ماده ۷۲۱- هرگاه در اثر جنایت و یا صدمه، چیزی از زن سقط شود که به تشخیص کارشناس مورد وثوق،

منشاء انسان بودن آن ثابت نگردد، دیه و ارش ندارد لیکن اگر در اثر آن، صدمه ای بر مادر وارد گردد، حسب

مورد دیه یا ارش تعیین می شود.

❖ دستورالعمل سازمان پزشکی قانونی در خصوص سقط جنین درمانی:

❖ تعریف عناوین مطرح در قانون:

(۴) سقط جنین درمانی یا اسقاط درمانی جنین با توجه به قانون مذکور عبارتست از: ختم حاملگی تا

چهار ماه از زمان لقاح با شرایط مندرج در قانون و این دستورالعمل.

(۵) پزشکی قانونی به عنوان شخصیت حقوقی شامل: ستاد ادارات کل و مراکزی از سازمان پزشکی قانونی

می باشند، که کارشناسی و بررسی در مورد سقط درمانی در آن ها صورت می پذیرد.

(۶) عقب افتادگی جنین یعنی: اختلال کامل یا نسبی در ساختار یا عمل کرد دستگاه عصبی جنین به هر علتی

که نهایتاً منجر به تولد نوزاد زنده نشود و در صورت تولد با فاصله کوتاهی بمیرد یا دچار اختلال ذهنی یا جسمی باشد به نحوی که موجب حرج (زحمت) مادر گردد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تأیید متخصصین ذیربط است.

(۷) ناقص الخلقه بودن جنین عبارتست از: عدم تشکیل و یا اختلال در تشکیل یا تکامل یک یا چند عضو

بدن به هر علت به طوری که جنین زنده متولد نشود و در صورت تولد با فاصله کوتاهی بمیرد یا معلول جسمی یا ذهنی باشد به نحوی که موجب حرج مادر گردد. اعم از اینکه این معلولیت با اختلال ظاهری همراه باشد یا نباشد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تأیید متخصصین ذیربط است.

(۸) حرج مادر عبارتست از: نگرانی و سختی مادر به نحوی که تحمل رنج و مشقت ناشی از ناقص الخلقه یا

عقب افتادگی جنین خارج از توان وی باشد. بیماری های جنینی قید شده، در متن فوق و بیماری ها و اختلالاتی که متعاقباً پس از بررسی در کمیته های کارشناسی اعلام خواهد شد در صورت درخواست از مصادیق حرج مادر است.

(۹) بیماری مادر عبارتست از: وضعیت بالینی و پزشکی مادر که تداوم بارداری در آن تهدید جانی برای وی

تلقی گردد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تأیید متخصص ذیربط است.

(۱۰) مادر یعنی: خانم بارداری که متقاضی انجام عمل سقط جنین درمانی است.

(۱۱) رضایت زن یعنی: اجازه کتبی و آگاهانه مادر برای انجام عمل سقط درمانی که توسط گروه پزشکی پس از

آگاه سازی کامل وی از وضعیت موجود و عواقب قبول یا رد عمل مذکور اخذ گردد.

فصل پنجم

اهدای عضو

اهدای عضو: از زمانی که در تاریخ پزشکی عضوی از انسان با موفقیت پیوند زده شد قریب به دو قرن می‌گذرد.

سال ۱۸۲۳ بود که نخستین بار اولین پیوند بافت پوست از یک محل بدن فرد روی محل دیگری با موفقیت در آلمان انجام شد. امروزه بسیاری از انواع پیوندهای عضو در کشور ما انجام می‌پذیرد. با این حال سطح پایین اطلاعات جامعه از فرآیند پیوند اعضا بویژه در مورد بیماران مرگ مغزی موجب شده تا در بسیاری از موارد فرصت برای نجات جان بیماران نیازمند عضو از دست برود.

آیین نامه اجرایی قانون پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم

است

ماده ۱- مرگ مغزی عبارت است از قطع غیر قابل برگشت کلیه فعالیت‌های مغزی کورتیکال (قشر مغز)، ساب کورتیکال (لایه زیر قشر مغز) و ساقه مغزی به طور کامل.

تبصره ۱ - شرایط احراز مرگ مغزی و ضوابط و معیارهای آن توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی دستورالعملی در چارچوب این آیین‌نامه تعیین و ابلاغ خواهد شد.

ماده ۲- تشخیص و تأیید مرگ مغزی بر اساس ضوابط این آیین‌نامه توسط چهار پزشک متشکل از یک متخصص نورولوژی، یک متخصص جراحی مغز و اعصاب، یک متخصص داخلی و یک متخصص بیهوشی صورت می‌گیرد.

تبصره ۱- متخصصان فوق‌الذکر در هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استانها که دارای بیمارستانهای مجهز باشند، توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب و احکام آنان برای مدت چهار سال صادر خواهد شد.

تبصره ۲- هر کدام از پزشکان صدرالذکر این ماده جداگانه بیمار را معاینه نموده، برگه مخصوص این امر را تکمیل، امضا و مهر می‌نمایند و در صورت اتفاق آراء، مرگ مغزی بیمار مسلم خواهد بود.

تبصره ۳- تأیید پزشک قانونی در حیطه وظایف و مسؤولیتهای مربوط، در زیر برگه مخصوص _ یاد شده در تبصره (۲) فوق - ضروری است.

تبصره ۴ - برگه تعیین و تأیید مرگ مغزی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و در اختیار مراکز تشخیص دهنده مرگ مغزی قرار خواهد گرفت.

تبصره ۵ - تشخیص قطعی مرگ مغزی باید در بیمارستانهای دانشگاهی دولتی انجام شود.

ماده ۳ - اعضای تیمهای تشخیص و تأیید مرگ مغزی نباید عضو تیمهای پیوندکننده باشند.

ماده ۴ - کلیه بیمارستانهای کشور موظفند موارد وقوع مرگ مغزی را به مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارش دهند تا مراتب توسط تیم تشخیص دهنده مرگ مغزی تأیید گردد.

ماده ۵ - پس از مشخص شدن مرگ مغزی، مراحل بعدی در صورت وصیت بیمار یا موافقت ولی میت انجام خواهد شد.

ماده ۶ - وصیت بیمار در چارچوب قوانین مربوط می تواند به دو صورت کتبی یا شفاهی باشد و با اعلام کتبی یک نفر از وراث قانونی قابل احراز است. در حالی که اصل وصیتنامه در دسترس نباشد، از وراث قانونی که وصیت نامبرده را مبنی بر اعطای عضو محرز بدانند، طبق برگه تهیه شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، باید صورتجلسه تنظیم و توسط افراد مطلع امضا شود.

ماده ۷ - ولی میت همان وراث کبیر قانونی می باشند که می توانند رضایت خود را مبنی بر پیوند اعضا اعلام نمایند. رضایت کلیه وراث یادشده لازم است.

تبصره ۱ - موافقت ولی میت باید کتبی صورت گیرد و در پرونده ضبط شود.

تبصره ۲ - احراز ولی میت باید براساس مدارک مثبت باشد.

ماده ۸ - ایجاد هماهنگیهای لازم در اجرای این آیین نامه، به عهده مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

تبصره ۵ - انتخاب گیرندگان و اولویت بندی آنان جهت انجام پیوند، طبق برنامه تنظیمی و توسط مرکز فوق الذکر انجام خواهد شد.

ماده ۹ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تأمین هزینه های مترتب بر امر پیوند اعضا، (هزینه های

ICU، انتقال متوفی، تهیه وانتقال عضو و انجام عمل پیوند) و همچنین انجام امور فرهنگی، پیشنهادات لازم را به سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور اعلام و سازمان مذکور نیز اعتبارات لازم رادررسال تحت عنوان ردیفی خاص درقانون بودجه کل کشور پیش بینی می نماید.

ماده ۱۰ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در چارچوب قانون مربوط و این آیین نامه، سایر دستورات عملی لازم را صادر و به مبادی ذی ربط ابلاغ خواهد نمود.

✍ **آیا داشتن " کارت اهدا عضو " برای اهدای اعضا پس از مرگ کفایت می کند ؟**

خیر، بسیار مهم است که نزدیکان نیز در جریان این امر خداپسندانه قرار گیرند تا در زمان فوت فرد در خصوص اهدای عضو غافلگیر نشوند و آن را مصیبتی افزون بر از دست دادن عزیز خود ندانند چرا که بنا بر قانون جمهوری اسلامی ایران و اکثر کشورهای جهان برای اهدای عضو رضایت اولیای دم ضروری است و حتی علی رغم داشتن کارت اهدای عضو در صورت عدم رضایت اولیای دم اهدای عضو صورت نخواهد گرفت.

✍ **با در نظر گرفتن لزوم رضایت اولیای دم از اهدای عضو دلیل دریافت کارت چیست؟**

کارت اهدای عضو نشان دهنده آرزوی قلبی فرد در مورد اهدای اعضای بدن خویش است و همین امر می تواند با نشان دادن خواسته فرد به اولیای دم تصمیم گیری را برای آنها در آن زمان حیاتی آسان تر نماید و در ضمن این کارت می تواند جنبه فرهنگ سازی نیز داشته باشد.

✍ **آیا به همراه داشتن کارت اهدای عضو به صورت مداوم ضروری است؟**

با در نظر گرفتن لزوم رضایت اولیای دم برای اهدای عضو توصیه می شود فرد دارنده کارت اهدا خانواده خود را از رضایت قلبی برای این امر مطلع سازد و در صورت اطلاع خانواده از این امر لزومی به همراه داشتن مداوم کارت نیست.

✍ **آیا باطل کردن کارت اهدای عضو بعد از تکمیل فرم امکان پذیر است؟**

بله ؛ در هر زمان که از داشتن کارت منصرف شوید می‌توانید با اعلام خواسته خود به مسئولین تقاضای خود را لغو کنید. هر چند با در نظر داشتن نیاز به رضایت اولیای دم برای اهدا تنها با اعلام خواسته خود به اولیای دم خویش نیز می‌توانید انصراف خود را از اهدا اعلام کنید.

چه اعضا و بافت‌هایی قابل اهدا هستند؟

اعضای قابل اهدا عبارتند از قلب، ریه‌ها، کبد، روده‌ها، لوزالمعده و کلیه‌ها. علاوه بر این اعضا، برخی از بافت‌های بدن نیز قابل پیوند هستند. به عنوان مثال با اهدای قرنیه می‌توان بینایی رابه فردی که دچار صدمه شدید به چشم شده باز گرداند. تاندون و غضروف باعث بازسازی اعضای آسیب دیده مربوطه می‌شوند.

پیوند استخوان می‌تواند مانع قطع عضو در سرطان استخوان شود. دریچه قلب برای کودکان با بیماری مادرزادی دریچه‌ای و بزرگسالان با دریچه آسیب دیده به کار می‌رود. پیوند پوست نجات‌بخش بیماران با سوختگی شدید است. پیوند مغز استخوان تنها درمان ممکن در بعضی از سرطان های خون است. بافت عضو، بافت می‌تواند تا ۲۴ و یا حتی ۴۸ ساعت بعد از مرگ فرد اهدا شود و حتی می‌توان آن را برای مدت‌های طولانی ذخیره کرد.

آیا فرد زنده هم می‌تواند اهداکننده باشد؟

بله، در بعضی شرایط امکان پذیر است. کلیه یکی از معمول‌ترین اعضای اهدایی افراد زنده است، زیرا یک فرد سالم با یک کلیه هم قادر است به زندگی طبیعی خود ادامه دهد. قسمتی از کبد یا ریه و در موارد نادر قسمتی از روده کوچک نیز قابل اهداست.

آیا در صورت مرگ طبیعی نیز امکان اهدای عضو وجود دارد یا خیر؟

بله ؛ بعد از مرگ کامل به صورت طبیعی تا ۴۸ ساعت نسوجی مانند قرنیه، دریچه قلب، استخوان و تاندون قابل اهدا هستند.

آیا اهدا کنندگان عضو از نظر بیماری‌های خاص غربالگری خواهند شد؟

همه اهدا کنندگان عضو از نظر ایدز، هپاتیت، ویروس‌های مشابه و یک سری بدخیمی‌ها مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

چه کسی می‌تواند جزو اهدا کنندگان عضو باشد؟

همه می‌توانند در امر اهدای عضو پیشقدم شوند و محدودیت سنی منظور نشده است. تنها عاملی که می‌تواند مانع اهدای عضو شود شرایط بالینی فرد اهدا کننده است که در زمان فوت وی توسط پزشک متخصص تشخیص داده خواهد شد.

داوطلبان می‌توانند جهت ثبت نام و دریافت کارت اهدای عضو به پایگاه اینترنتی www.ehda.ir

مراجعه کنند.



فصل ششم

تخلفات انتظامی و کیفری

☞ **تعریف تخلف انتظامی و کیفری:** عدم رعایت موازین شرعی، قانونی، مقررات صنفی-حرفه ای، شغلی و سهل انگاری در انجام وظایف قانونی بوسیله شاغلین حرف پزشکی و وابسته تخلف محسوب می شود. در واقع کوتاهی در امر درمان که بدون نقص عضو و فوت باشد، تخلف انتظامی در نظر گرفته می شود و اگر همراه با نقص عضو و فوت باشد، علاوه بر تخلف انتظامی قصور نیز در نظر گرفته می شود.

☞ **مرجع رسیدگی به تخلفات انتظامی طبق ماده ۲۸ سازمان نظام پزشکی است که به منظور رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته در مراکز دارای هیئت های عالی پزشکی و در مراکز استان های دارای هیئت بدوی و تجدید نظر و در شهرستان ها دارای هیئت بدوی انتظامی پزشکی خواهد بود.**

☞ **عدم رعایت نظامات دولتی به معنای:** عدم انجام قوانین و آئین نامه های نظام پزشکی و دستورالعمل های وزارت بهداشت و درمان و بخشنامه های مراکز علمی و درمانی است. عدم رعایت نظامات دولتی می تواند علاوه بر محکومیت کیفری و جبران خسارت وارده منتهی به تنبیه انضباطی پزشکان و صاحبان حرف وابسته شود.

☞ **قواعد و نظامات شغلی، قوانینی است:** که محدوده تعهدات پزشک و شاغلین حرف پزشکی را معین و مشخص کرده است. بر طبق این قاعده می توان قصور پزشکی را به عدم انجام تعهدات خاصی که حرفه پزشکی بر پزشک و شاغلین حرف پزشکی واجب گردانیده است، تعریف نمود.

☞ **عدم مهارت شامل:** مواردی است که پزشک و شاغلین حرف پزشکی و وابسته تبحر علمی و فنی لازم را برای انجام کار بخصوصی ندارد.

تعریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای:

تعریف:

ماده ۱- حرفه‌های پزشکی و وابسته به امور پزشکی موضوع ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که از این پس به اختصار قانون نامیده می‌شود عبارتند از پزشکان، دندانپزشکان، دکترهای داروساز و متخصصین و دکترای علوم آزمایشگاهی (حرفه‌ای و متخصص تشخیص طبی)، مامایی و سایر لیسانسیه‌های پروانه‌دار گروه پزشکی، فارغ‌التحصیلان کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و بالاتر شاغل در رشته‌های علوم آزمایشگاهی، بینایی سنجی، شنوایی سنجی، گفتار درمانی، ایمونولوژی، بیوتکنولوژی، رادیولوژی، بیورادیولوژی، رادیو تراپی، پرستاری، مامایی، اطلاق عمل، هوشبری، داروسازی، تغذیه، مبارزه با بیماریها، بهداشت کاری دهان و دندان، شاخه‌های مختلف بهداشت، توانبخشی، فیزیوتراپی، بیوشیمی پزشکی، خدمات اجتماعی و مددکاری، علوم پایه پزشکی، روانپزشکی بالینی، روانشناسی بالینی و کودکان استثنایی، ژنتیک پزشکی و نیز سایر حرفه‌های وابسته به امور پزشکی که فعالیت آنان نیاز به اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارد.

تبصره ۵: شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته موضوع این ماده افرادی هستند که در یکی از مراکز تحقیقاتی، درمانی، آموزشی و بهداشتی اعم از خصوصی، دولتی و تعاونی پزشکی، وابسته به دولت یا خیریه یا حسب مورد، مطب یا دفتر کار اشتغال دارند و از این پس به اختصار «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته» نامیده می‌شوند.

شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای:

ماده ۲- قانون سازمان نظام پزشکی، شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی- سیاسی و اقتصادی بیماران، حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه‌ای خود بکار برند.

ماده ۳- شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی و نظامات دولتی- صنفی و حرفه ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.

ماده ۴- شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون را ندارند.

ماده ۵- پزشکان و دندانپزشکان و متخصصان، دکترهای حرفه ای علوم آزمایشگاهی و ماما موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بنا به تشخیص سازمان نظام پزشکی حسب مورد معاینه دقیق و انجام آزمایش های آن ها در یک زمان مناسب میسر باشد.

ماده ۶- انجام امور خلاف شئون پزشکی توسط شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می شود، خودداری کنند.

ماده ۷- تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران ممنوع است.

ماده ۸- ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیر واقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است و پزشک می تواند، به نحوه مقتضی بیمار و بستگان را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار دهد.

ماده ۹- تجویز داروهای روان گردان و مخدر به گونه ای که به حالت اعتیاد درآید، ممنوع است، مگر در مواردی که بیمار از بیماری روانی یا از دردهای شدید ناشی از بیماری های غیر قابل علاج رنج ببرد یا ضرورت پزشکی مصرف آنها را ایجاب کند.

ماده ۱۰- شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته مکلفند، تعرفه های خدمات درمانی مصوب ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را رعایت کنند.

ماده ۱۱- شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته مکلفند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماری های واگیر یا در هنگام بروز بحران و سوانح از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مراجع تعیین شده از طرف وزارت یاد شده به آنان اعلام می شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند.

ماده ۱۲- جذب بیمار از موسسات بهداشتی - درمانی، دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطلب شخصی یا بخش خصوصی، بیمارستان و درمانگاه خصوصی و بالعکس به منظور استفاده مادی توسط شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته ممنوع است.

ماده ۱۳- شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته حق دریافت هیچ گونه وجه مالی را از بیماران علاوه بر وجوهی که توسط مسئولان موسسه درمانی ذیربط طبق مقررات دریافت می شود، را ندارد.

ماده ۱۴- جذب بیمار به صورتی که مخالف شئون حرفه پزشکی باشد و همچنین هر نوع تبلیغ گمراه کننده از طریق رسانه های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی از سوی شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته، همچنین نصب اعلانات تبلیغی که جنبه تجاری دارند، در محل کار آن ها مجاز نیست.

ماده ۱۵- انتشار مقالات و گزارش های پزشکی و تشریح مطالب فنی و حرفه ای که جنبه تبلیغاتی گمراه کننده، داشته باشد ممنوع است.

ماده ۱۶- استفاده شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته از عناوین علمی و تخصصی غیر تأیید شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

ماده ۱۷- تجویز داروهایی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فارماکوپه (مجموعه دارویی کشور) اعلام نشده باشد توسط پزشک مگر از مجاری اعلام شده، بر اساس مقررات موجود ممنوع است.

ماده ۱۸- پزشک معالج، مسئول ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر این که بیمار یا بستگان او مایل نباشند.

تبصره - موارد اورژانسی از شمول این ماده مستثنی است.

ماده ۱۹- در مواردی که مشاوره پزشکی لازم باشد، انتخاب مشاور با پزشک معالج است و در صورتی که بیمار یا بستگان او مشاوره پزشکی را لازم بدانند مشاوره با نظر پزشک معالج به عمل می آید و چنانچه بیمار یا

بستگان او بدون اطلاع پزشک معالج از پزشک دیگری برای درمان بیمار دعوت بعمل آورند در این صورت پزشک معالج اول می تواند از ادامه درمان بیمار خودداری نماید، مگر این که این دعوت در مواقع فوری و ضروری باشد.

ماده ۲۰- تجویز داروهای مازاد بر نیاز بیمار غیر متجانس و خارج از ضوابط علمی و فنی ممنوع است.

ماده ۲۱- فروش دارو و ابزار پزشکی توسط پزشکان، مگر با مجوز رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

ماده ۲۲- مشخصات و طرز استفاده داروهای تجویز شده به بیمار باید توسط پزشک با خط خوانا و انشای قابل فهم در نسخه قید شود.

تبصره ۱- صدور نسخه های همسان و متحدالشکل ممنوع است.

تبصره ۲- دکتر دارو ساز موظف به توضیح چگونگی تجویز دارو طبق نسخه پزشک است.

ماده ۲۳- مسئولان فنی موظفند در تمام ساعات شبانه روز بر امور فنی موسسات پزشکی نظارت کنند.

ماده ۲۴- اندازه و سایر مشخصات سرنسخه ها، تابلوها و چگونگی درج آگهی در رسانه ها باید طبق نمونه ای باشد که به تصویب شورای عالی نظام پزشکی می رسد.

ماده ۲۵- بکارگیری و استفاده از افراد غیر مجاز در امور پزشکی و حرفه ای وابسته در موسسات پزشکی و مطب ممنوع است.

ماده ۲۶- شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند، نشانی و تغییر نشانی مطب و موسسات پزشکی خود را به سازمان نظام پزشکی محل اطلاع دهند.

ماده ۲۷- شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند، در موارد فوریت های پزشکی اقدامات مناسب و لازم را برای نجات جان بیمار بدون فوت وقت انجام دهند.

ماده ۲۸- مسئولان فنی موسسات پزشکی اعم از دولتی، وابسته به دولت، خصوصی و خیریه مکلفند، علاوه بر قوانین و مقررات موجود در آئین نامه های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، همچنین ضوابط علمی و حرفه ای ذیربط را رعایت کنند.

همان طور که ذکر شده کوتاهی در قوانین و مقررات منجر به تخلف انتظامی می گردد.

مسئولیت انتظامی و مجازات های تخلفات انتظامی:

شاغلین حرف پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی، قانونی و نظامات دولتی صنفی و حرفه ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزد. در واقع اگر پزشک کوتاهی در امر درمان را انجام دهد ولی بدنبال کوتاهی صورت گرفته بیمار دچار نقص عضو و فوت نشود پزشک تنها مرتکب تخلف انتظامی شده است. **با توجه به تبصره ۱ ماده ۲۸ قوانین نظام پزشکی، عدم رعایت موازین شرعی،**

قانونی و مقررات صنفی و حرفه ای، شغلی و سهل انگاری در انجام وظایف قانونی به وسیله شاغلین حرف پزشکی و وابسته تخلف محسوب می شود و متخلفین با توجه به شدت و ضعف ارتكابی و تعدد

و تکرار آن حسب مورد به مجازات های زیر محکوم می گردند:

الف) تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیئت مدیره نظام پزشکی محل

ب) اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل

ج) توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رای در تابلو اعلانات نظام

پزشکی محل

د) محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یکسال در محل ارتكاب تخلف

ه) محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یکسال در تمام کشور

و) محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از بیش از یکسال تا پنج سال در تمام کشور

ز) محرومیت دائم از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته در تمام کشور

ماده ۲۹- مجازاتهای موضوع تبصره (۱) ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب

۸۳/۸/۱۶ مجمع تشخیص مصلحت نظام به شرح زیر اعمال می‌شود:

الف) متخلفان از بندهای ۲، ۴، ۵، ۸، ۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۴ و ۲۶ این آئین نامه حسب مورد به مجازات

های مقرر در بندهای الف یا ب

تبصره- متخلفان از مواد موضوع این بند به استثنای موارد ۲، ۴، ۸، ۲۴ در صورت تکرار به مجازات های

مقرر در بند ج و در مورد مواد ۲، ۴، ۸، ۲۴ به مجازات های بندهای ج یا د

ب) متخلفان از مواد ۹، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۳ حسب مورد به مجازات مقرر در بندهای ب یا ج یا

د.

پ) متخلفان از مواد ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۲۵ حسب مورد به مجازات مقرر در بندهای ب یا ج یا

د یا ه

ت) متخلفان از مواد ۲۷ و ۲۸ حسب مورد به مجازات های مقرر در بندهای ج یا د یا ه یا و.

ث) متخلفان از مواد ۳ و ۶ به مجازات های مقرر در بندهای ج یا د یا ه یا ز.

ماده ۳۰- مفاد آرای قطعی هیئت های انتظامی نظام پزشکی در مورد **بندهای پ و ث** در ماده ۲۹ این

آئین نامه در نشریات محلی و کثیرالانتشار کشور درج می شود.

ماده ۳۱- در مواردی که رای قطعی به محرومیت از اشتغال به امور پزشکی و حرفه ای وابسته صادر می شود،

اشتغال محکوم علیه به حرفه های یاد شده در مدت محرومیت در بخش های خصوصی، عمومی، دولتی و یا خیریه

ممنوع است.

مثال: بیماری به علت تصادف دچار پارگی کبد می گردد. اقدامات اولیه انجام و با دستور پزشک معالج در

بخش جراحی بستری می شود. در دستورات پزشکی قید شده: فشارخون و علائم حیاتی هر نیم ساعت کنترل

شود. در بدو ورود به بخش ساعت یک صبح فشارخون سیستولیک ۱۰۰ و دیاستولیک ۶۰ و نبض ۸۵ و تعدا

تنفس ۱۳ بوده، پرستار بخش کنترل هر نیم ساعت را انجام نمی دهد! و در ساعت پنج صبح با اعلام همراهان مشخص می شود که بیمار در شوک می باشد و فشارخون سیستولیک ۶۰ و دیاستولیک ۳۰ می باشد. پرستار به پزشک اورژانس اطلاع می دهد پس از انجام اقدامات اولیه بیمار برگشت می نماید و پس از چند روز با حال عمومی خوب مرخص می شود. در اینجا پرستار به علت اینکه نقص عضو یا فوتی اتفاق نیافتاده است، فقط مرتکب تخلف انتظامی شده است.

ماده ۳۲- آثار محرومیت‌های انتظامی اعمال شده با گذشت مواعد زیر زایل خواهد شد:

الف- مجازات‌های انتظامی مندرج در بند (الف) و (ب) تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون، برای مرتبه اول محسوب نگردیده و در صورت تکرار به مدت یکسال بعد از اجرای رای قطعی .

ب- مجازات‌های انتظامی مندرج در بند (ج) تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون، به مدت ۲ سال از تاریخ اجرای رای قطعی و در صورت تکرار به مدت ۳ سال.

ج- مجازات‌های انتظامی موضوع بندهای (د)، (و) و (ه) تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون، به مدت ۵ سال از تاریخ اجرای رای قطعی و در صورت تکرار به مدت ۷ سال.

ماده ۳۳- مرجع تشخیص تمامی موارد تخلف از آیین نامه فوق دادسراها و هیات‌های انتظامی می‌باشند.

مسئولیت کیفری یا جزائی:

همان طور که در فصل‌های قبلی توضیح داده شد در مسئولیت مدنی متضرر از خسارات افراد هستند در حالی که در مسئولیت جزائی، متضرر از جرم جامعه می باشد.

طبق ماده ۲ قانون مجازات اسلامی هر فعل یا ترک فعلی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد جرم محسوب می شود در واقع هر تخلفی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد تخلف کیفری می باشد و مسئولیت کیفری به عهده شخص خطاکار می باشد.

هر نوع تقصیر قابل استناد به پزشک موجب مسئولیت وی می گردد اعم از اینکه ماهیت آن قراردادی یا جزائی (نظام عمومی) باشد. از این دیدگاه قصور در انجام وظیفه موجب مسئولیت شاغلین حرف پزشکی می باشد.

پزشکان، پرستاران و ماماها و سایر افرادی که به نوعی در امر درمان دخالت دارند، از نظر قانونی مسئول خطاهای خود می باشد. بنابراین اگر غفلت و عدم مهارت و سهل نگاری آنان در درمان و عدم رعایت نظامات دولتی و موازین علمی، باعث خسارت و ضرر بیماران گردد ضامن خسارت و ضرر بیماران گردد ضامن خسارت ایجاد شده می باشد. توجه به این نکته مهم است که: اگر پزشک و شاغلین حرف پزشکی به دنبال کوتاهی در امر درمان موجب ایجاد نقص عضو گردد، باید ارزش نقص عضو و اگر فوت صورت پذیرد، باید دیه پرداخت نمایند.

متأسفانه علیرغم پیشرفت های قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیص و درمان میزان شکایت سیر صعودی داشته است.

در چند سال اخیر آمار خواننده های پرستاری به محاکم قضائی و انتظامی افزایش یافته است.

دلایل افزایش میزان شکایت علیه پرستاران:

- ۱) استقلال حرفه ای
- ۲) افزایش سطح آگاهی های پزشکی جامعه
- ۳) افزایش تعداد پرستاران
- ۴) ایجاد نقش های جدید و افزایش مسئولیتها
- ۵) پیشرفت تکنولوژی
- ۶) افزایش هزینه های درمانی
- ۷) افزایش آمار دکتترین حقوق و درنهایت افزایش اطلاعات حقوقی مردم
- ۸) عوامل رفتاری

- ۹) پائین بودن در آمد مردم
- ۱۰) کمبود نیرو و خستگی پرستاران
- ۱۱) نقش همکاران
- ۱۲) دو یا سه شیفت بودن پرستاران (ساعات کاری بالا)
- ۱۳) عدم موفقیت کادر پرستاری در برقراری رابطه مناسب با بیماران
- ۱۴) افزایش فارغ التحصیلان گروه پزشکی
- ۱۵) عدم آگاهی کارکنان پرستاری از مسائل حقوقی و مقررات

موارد شایع شکایت از پرستاران:

- ۱) سقوط از تخت
- ۲) تزریق اشتباه دارو در ورید بیمار
- ۳) قصور و سهل انگاری در انجام وظیفه
- ۴) تجویز یا تزریق دارو بدون مجوز پزشک
- ۵) تزریق دارو در شریان و یا در محلی که سبب آسیب اعصاب محیطی گردد
- ۶) گذاشتن کاتتر داخل ورید به مدت طولانی
- ۷) تهدید و با ضرب و جرح بیمار به خصوص بیماران کودک
- ۸) همکاری در سقط جنین غیر مجاز
- ۹) پایان دادن به زندگی بیمار از روی ترحم (آتانازی)
- ۱۰) دستکاری پرونده بیمار یا افشای سر آنها
- ۱۱) خودداری از کمک به مددجویان اورژانسی

با بررسی پرونده های شکایت علیه جامعه پزشکی و نتایج کمیسیون های پزشکی ، یکی از مواردی که می تواند در پیشگیری از قصور و تقصیر پزشکی موثر باشد: افزایش آگاهی جامعه پزشکی از قوانین و مقررات موجود در کشور می باشد.

افزایش میزان آگاهی پزشکان و پیرا پزشکان در این زمینه باعث می شود:

(۱) کارکنان پرستاری در چهار چوب قانون و شرح وظائف عمل نمایند.

(۲) اطمینان بیشتری به فعالیت های خود داشته باشند.

(۳) در صورتیکه به مراجع حقوقی و قضایی احضار شوند نحوه برخورد با قانون رابدانند.

(۴) باعث افزایش کیفیت در مراقبت خواهد شد.

(۵) علاوه بر کاهش شکایت، باعث افزایش سلامت جامعه نیز می گردد.

مراجع رسیدگی کننده به تخلفات انتظامی شاغلان حرف پزشکی و مشاغل وابسته شامل:

(۱) دادسرای انتظامی پزشکی

(۲) هیأت های بدوی، تجدید نظر و عالی انتظامی پزشکی می باشند که از نظر موارد ذیل مورد بررسی قرار

می گیرد:

الف- حدود صلاحیت: وفق ماده ۲۸ سازمان نظام پزشکی حدود صلاحیت رسیدگی هیأت های بدوی، تجدید

نظر و عالی انتظامی پزشکی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و مشاغل وابسته می باشد

با توجه به تبصره ماده ۱ آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی

و وابسته مصوب سال ۱۳۷۸ هیأت وزیران ، حدود صلاحیت در رسیدگی شامل کلیه شاغلان حرفه پزشکی و

مشاغل وابسته در مراکز تحقیقاتی درمانی، آموزشی و بهداشتی بخش دولتی، خصوصی، تعاونی پزشکی، وابسته به

دولت و خیریه میباشد.

ب- انواع حرف پزشکی و وابسته:

- طبق ماده ۱ آئین نامه انتظامی فوق الذکر ، منظور از شاغلان حرف پزشکی و وابسته شامل فارغ التحصیلان مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترای عمومی و تخصصی به شرح ذیل است:
- ۱) پزشکی ، دندانپزشکی، داروسازی ، بیوتکنولوژی و پزشکی قانونی
 - ۲) علوم آزمایشگاهی، بیوشیمی پزشکی، قارچ شناسی، انگل شناسی، ژنتیک و سایر علوم پایه پزشکی
 - ۳) رادیولوژی، بیورادیولوژی و رادیوتراپی
 - ۴) روانپزشکی بالینی، روانشناسی بالینی، کودکان استثنایی، خدمات اجتماعی و مددکاری
 - ۵) مبارزه با بیماریها، بهداشت خانواده، بهداشت محیط و سایر فارغ التحصیلان دانشکده بهداشت.
 - ۶) پرستاری، مامایی، اتاق عمل، هوشبری، بهداشت کار دهان و دندان و پرستاری دندانپزشکی
 - ۷) سایر حرفه‌های وابسته به امور پزشکی که فعالیت آنها نیاز به اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارد.

مراجع رسیدگی کننده به تخلفات انتظامی:

۱) دادسرای انتظامی پزشکی

۲) هیأت‌های بدوی، تجدید نظر و عالی انتظامی پزشکی

دادسرای انتظامی پزشکی:

دادسرای انتظامی پزشکی در قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی مصوب سال ۱۳۷۴ وجود نداشت و این نهاد در قانون جدید سازمان نظام پزشکی مصوب ۸۳/۱/۱۹ ایجاد شده است، مقامات، وظایف و عملکرد آن تقریباً شبیه دادسرای عمومی و انقلاب در مراجع قضائی می باشد، مبنای قانونی دادسرای انتظامی ماده ۲۹ قانون فوق الذکر می باشد و در خصوص آن می توان گفت : دادسرای انتظامی اداره‌ای است مرکب از دادستان، معاون دادستان و دادیاران که در کنار هیأت بدوی انتظامی شهرستان دارای هیأت مدیره نظام پزشکی تشکیل می‌گردد تا طبق قانون وظایف محوله در خصوص رسیدگی به تخلفات انتظامی حرف پزشکی و مشاغل وابسته را انجام دهد .

کد دادرای انتظامی پزشکی، جهت انجام وظایف خود دارای مقامات ذیل است:

(۱) دادستان

(۲) معاون دادستان

(۳) دادیار

کد دادستان:

دادستان در دادرای عمومی و انقلاب به معنای مدعی العموم آمده است و نماینده جامعه محسوب می‌گردد، که در خصوص حفظ نظم و حقوق عمومی و مصلحت جامعه و اعلام جرم در مورد مجرمینی که با انجام و ارتکاب جرایم حریم جامعه را به خطر می‌اندازند، وارد عمل می‌شود، اما دادستان انتظامی پزشکی، نماینده جامعه پزشکی محسوب می‌شود تا نسبت به حفظ حقوق عمومی و حیثیت این جامعه در برابر تخلفات انتظامی بعضی از صاحبان حرف پزشکی و مشاغل وابسته اقدام نماید.

کد شرایط انتخاب دادستان:

دادستان انتظامی بالاترین مقام دادرای محسوب می‌شود که وفق تبصره ۱ ماده ۲۹ قانون سازمان نظام پزشکی از میان اشخاصی که دارای حداقل هفت سال سابقه اشتغال به حرف پزشکی باشند با رای اعضای هیاتمدیره نظام پزشکی انتخاب و به رئیس کل سازمان نظام پزشکی معرفی می‌شود تا توسط ریاست سازمان نظام پزشکی حکم دادستان انتظامی صادر گردد.

کد معاون دادستان:

وفق تبصره ۳ ماده ۲۹ قانون سازمان نظام پزشکی دادستان می‌تواند از میان دادیاران یکی را به عنوان معاون اول خود انتخاب نماید و معاون دادستان انتظامی در دادرای کلیه وظایف محوله به دادستان می‌باشد.

دادیار:

دادیار دادسرای انتظامی شخصی است که در جهت تکمیل پرونده و انجام تحقیقات لازم و رسیدگی به شکوائیه اقدام می‌نماید و شباهت زیادی به مقام دادیار دادسرای عمومی و انقلاب قضایی دارد. دادیاران از میان اشخاصی که دارای حداقل پنج سال سابقه اشتغال به حرف پزشکی یا مشاغل وابسته باشند با رای اعضای هیات مدیره نظام پزشکی شهرستان مربوطه انتخاب و جهت صدور به رئیس کل سازمان نظام پزشکی معرفی می‌شوند.

وفق ماده ۳۰ قانون جدید سازمان نظام پزشکی دادسرای انتظامی در موارد ذیل مکلف به شروع

رسیدگی به تخلفات انتظامی می‌باشد:

(۱) شکایت شاکی ذی نفع یا سرپرست یا نمایندگان قانونی بیمار:

- ۱-۱- منظور از شاکی ذی نفع بیماری است که به مرکز درمانی مراجعه نموده و تحت در مان قرار گرفته و نسبت به وی از سوی شاغلان حرف پزشکی و مشاغل وابسته تخلفی صورت گرفته است .
- ۱-۲ - منظور از سرپرست یا نمایندگان قانونی بیمار: شامل ولی قهری بیمار (پدر یا جد پدری) یا کسی که به موجب قانون بعنوان قیم بیمار تعیین شده است و یا وکیل قانونی بیمار می باشد.
- ۱-۳- در خصوص بیماری که فوت کرده است نمایندگان قانونی اوشامل ورثه یا وراث متوفی می‌باشند که حق شکایت دارند.

(۲) اعلام تخلف از مراجع قضایی و اداری:

- ۲-۱- مراجع قضایی: شامل دادسرای عمومی و انقلاب، دادگاههای عمومی و انقلاب، دادگاه تجدید نظر استان، دادگاه کیفری استان، دیوان عالی کشور و شعب اجرای احکام دادگستری می‌باشد که در صورت مشاهده تخلف پزشکی حق اعلام آن را به دادسرای انتظامی پزشکی خواهند داشت.
- ۲-۲ - مراجع اداری: منظور از مراجع اداری شامل سازمانها و مراکز دولتی و عمومی که به نحوی با شاغلان حرف پزشکی و مشاغل وابسته ارتباط کاری دارند که میتوانند تخلفات انتظامی را به دادسرای انتظامی مربوطه

جهت رسیدگی گزارش نمایند، از قبیل هیات رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی، سازمانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پزشکی قانونی.

۳) اعلام تخلف از طرف هیات مدیره، شورای عالی و ریاست سازمان:

۳-۱- منظور از هیات مدیره شامل هیات مدیره نظام پزشکی شهرستان محل وقوع تخلف می باشد .

۳-۲- منظور از شورای عالی وفق بندب ماده ۵ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی شامل شورای عالی نظام پزشکی کشور است، این شورا دارای ۲۹ عضو می باشد.

۳-۳- منظور از ریاست سازمان ، رئیس کل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۴) شکایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی :

با توجه به اینکه مرجع تعیین وظایف و صلاحیت شاغلان حرف پزشکی و مشاغل وابسته و نظارت بر مشاغل فوق با وزارتخانه مذکور می باشد، لذا دستگاههای اجرایی وزارتخانه فوق الذکر در صورت مشاهده هر گونه تخلف صنفی و حرفه ای از شاغلان حرف پزشکی و وابسته می توانند آنرا به دادسرا انتظامی پزشکی اعلام نمایند.

۵) تخلفات مشهودی که به نظر اعضاء دادسرا و هیاتهای انتظامی پزشکی رسیده است :

۵-۱- منظور از اعضای دادسرا، شامل دادستان، معاون اول وی و دادیار می باشد که در صورت مشاهده تخلف صورت گرفته از سوی هر یک از شاغلان حرفه پزشکی و مشاغل وابسته، می توانند آنرا جهت رسیدگی به دادسرای انتظامی گزارش نمایند.

۵-۲ - منظور از اعضای هیاتهای انتظامی شامل اعضای هیات بدوی انتظامی ، هیات تجدید نظر انتظامی و هیات عالی انتظامی می باشد که با مشاهده تخلف صورت گرفته از سوی هر یک از شاغلان حرف پزشکی و مشاغل وابسته، می توانند آنرا به دادسرای انتظامی گزارش نمایند.

۶) هیاتهای بدوی، تجدید نظر و عالی انتظامی پزشکی :

الف - عنصر قانونی تشکیل هیات بدوی انتظامی :

هیات بدوی انتظامی وفق مواد ۲۸ و ۳۵ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۸۳/۱/۱۹ در مراکز شهرستانهای دارای هیئت مدیره نظام پزشکی تشکیل می‌گردد.

تعریف : هیات بدوی انتظامی مرجعی است صلاحیت دار که مسئولیت رسیدگی به پرونده‌های تخلفات شاغلین حرف پزشکی و مشاغل وابسته و تعیین مجازات مناسب برای فرد متخلف یا متخلفین را بعهده دارد.

ب - ترکیب اعضای هیات بدوی انتظامی :

وفق ذیل ماده ۳۵ قانون سازمان نظام پزشکی هیات بدوی انتظامی متشکل از سیزده نفر به شرح

زیراست :

- (۱) یک نفر قاضی به معرفی ریاست قوه قضائیه
- (۲) مسئول پزشکی قانونی شهرستان مربوطه یا نماینده قانونی وی
- (۳) پنج نفر از پزشکان شهرستان مربوطه
- (۴) یک نفر از دندانپزشکان شهرستان مربوطه
- (۵) یک نفر از دکترهای داروساز شهرستان مربوطه
- (۶) یک نفر از متخصصین علوم آزمایشگاهی و یا دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی شهرستان مربوطه
- (۷) یک نفر از کارشناسان پروانه دار گروه پزشکی یا بالاتر شهرستان مربوطه

۸) یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری

- (۹) یک نفر از لیسانسیه‌های گروه مامایی یا بالاتر شهرستان مربوطه

ج- شرایط عضویت در هیات بدوی انتظامی :

اعضای هیات بدوی انتظامی (بجز اشخاص ردیف ۱ و ۲) جهت عضویت باید دارای شرایط ذیل

باشند (تبصره ۱ ماده ۳۵ قانون سازمان نظام پزشکی):

۱) متدین به دین اسلام (یک نفر از اعضای هیات بدوی را می‌توان با رعایت سایر شرایط از بین افراد متدین به

یکی از ادیان مصرح در قانون اساسی انتخاب نمود)

۲) خوش سابقه در شهرستان مربوطه

۳) دارای حداقل پنج سال سابقه و تجربه در حرفه مربوطه

اعضای هیات بدوی (بجز ردیف ۱ و ۲) با پیشنهاد هیات مدیره نظام پزشکی شهرستان مربوطه و تایید و صدور حکم توسط رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور انتخاب می‌گردند و عضوپرستار هیات بدوی با معرفی هیات مدیره نظام پرستاری شهرستان مربوطه انتخاب و به رئیس کل سازمان نظام پزشکی جهت صدور حکم عضویت در هیئت بدوی معرفی می‌گردد. در ضمن عضویت کارشناس پرونده‌دار گروه پزشکی، پرستار و لیسانسیه مامایی در هیات بدوی انتظامی صرفاً در پرونده‌هایی که مرتبط با رشته شغلی آنان می‌باشد عضو هیات بدوی هستند.

د - وظایف و اختیارات هیات بدوی انتظامی پزشکی :

۱) رسیدگی و تعیین مجازات یا صدور حکم برائت در پرونده های تخلفات ارجاعیاز دادسرای انتظامی (ماده

۳۵ قانون سازمان نظام پزشکی)

۲) رسیدگی و تعیین تکلیف در خصوص اعتراض اشخاص ذینفع به قرار منع تعقیب صادره از سوی دادسرای

انتظامی (ماده ۳۳ قانون سازمان نظام پزشکی)

۳) اعلام نظر کارشناسی و تخصصی به مراجع قضایی در رابطه با پرونده‌های غیرصنفا و غیرحرفه‌ای و جرائم

شاغلین به حرف پزشکی و وابسته پزشکی (تبصره ۳ ماده ۳۵ قانون سازمان)

۴) اعلام نظر مشورتی کارشناسی و تخصصی نسبت به هر یک از پرونده‌هایی که به اتهام بزه (جرم) ناشی از

حرفه صاحبان مشاغل پزشکی در اختیار دادگاهها و دادسراهای شهرستان مربوطه می‌باشد (ماده ۴۱ قانون

سازمان)

هـ- نحوه رسیدگی و صدور رای هیات بدوی انتظامی :

۱- رسیدگی در مورد اعتراض به قرار منع تعقیب :

پس از صدور قرار منع تعقیب متهم پرونده توسط دادسرای انتظامی و پس از ابلاغ قرار فوق به شاکی یا مرجع اعلام کننده تخلف و اعتراض آنان به قرار منع تعقیب صادره، پرونده جهت رسیدگی به اعتراض فوق الذکر به هیات بدوی انتظامی ارسال می گردد و هیات مذکور پس از بررسی پرونده در صورت وارد بودن اعتراض، قرار منع تعقیب صادره را فسخ می نماید و رأساً مبادرت به تکمیل پرونده نموده و رای مقتضی را صادر می نماید و در غیر این صورت قرار صادره را تأیید می نماید. طرفین پرونده از رای هیات بدوی در این خصوص می توانند به هیات تجدید نظر انتظامی شکایت نمایند.

۲- نحوه رسیدگی به پرونده تخلفات :

هیات بدوی انتظامی پس از وصول پرونده تخلف از دادسرای انتظامی که در خصوص آن کیفر خواست صادر گردیده است شروع به رسیدگی می نماید و با بررسی پرونده در صورتی که پرونده از جهت تحقیقات، اسناد، مدارک و مستندات تکمیل باشد با حضور حداقل دو سوم اعضای هیات بدوی جلسه هیات رسمیت می یابد و پرونده مورد رسیدگی و رای مقتضی صادر می گردد و در صورتی که پرونده نیاز به اخذ توضیح و حضور طرفی نداشته باشد، از طرفین پرونده جهت اخذ توضیح دعوت به عمل می آید.

در ضمن هیات بدوی می تواند در رسیدگی به تخلفات، نظر کارشناسی کمیسیون های تخصصی مشورتی نظام پزشکی شهرستان مربوطه را درخواست نماید و کمیسیون های فوق مکلفند ظرف مدت ۱۵ روز نظرات کارشناسی خود را در اختیار هیات بدوی انتظامی قرار دهند، هیات بدوی پس از بررسی پرونده از جوانب مختلف و تکمیل دانستن آن در حضور دو سوم اعضای هیات بدوی، پرونده فوق جهت صدور رای مطرح می گردد.

۳- صدور رای توسط هیات بدوی انتظامی :

هیات بدوی انتظامی با توجه به شدت و ضعف عمل ارتكابی و تعدد و تکرار آن حسب مورد متخلف یا متخلفین را به یکی از مجازاتهای زیر محکوم می نماید: (ذیل تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی).

۳-۱- تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیات مدیره نظام پزشکی محل.

۳-۲- اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل.

۳-۳- توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رأی در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل.

۳-۴- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در محل ارتکاب تخلف.

۳-۵- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یکسال در تمام کشور.

۳-۶- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی از بیش از یکسال تا پنج سال در تمام کشور.

۳-۷- محرومیت دائم از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته در تمام کشور.

و- اعتراض به آراء هیات بدوی انتظامی:

کلیه آراء صادره از هیات بدوی انتظامی پزشکی شهرستان ۱ پس از ابلاغ به طرفین پرونده، وفق ماده ۳۴ قانون سازمان نظام پزشکی قابل اعتراض می‌باشد و طرفین پرونده می‌توانند مکلفند براساس ماده ۴۶ آئین نامه انتظامی ۲ (مصوب سال ۷۸ هیات وزیران) ظرف مدت ۲۰ روز از تاریخ ابلاغ رای، اعتراض خود را بصورت کتبی به دبیرخانه هیات بدوی انتظامی صادره کننده رای تسلیم و رسید دریافت نمایند. پرونده پس از اعتراض در مهلت قانونی جهت رسیدگی مجدد به هیات تجدید نظر استان مربوطه ارسال می‌گردد (ماده ۳۴ قانون سازمان وماده ۴۸ آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات).

بیمه‌ی تخلفات یا مسئولیت حرفه ای کادر درمانی:

بیمه ی تخلفات یا مسئولیت حرفه ای تعاملی بین کادر درمانی و شرکت بیمه می باشد که به دفاع از کادر درمانی در زمانی که به غفلت از وظایف حرفه ای یا تخلفات متهم می شود می پردازد. بخشی از قرارداد بیمه بر این مبنا است که شرکت بیمه برای هرگونه غرامت وارده به کادر درمانی باید مبلغی پرداخت کند یا برای وکلای کادر درمانی که کار دفاع از حقوق آنها را بر عهده دارد مبلغی در نظر بگیرد. کادر درمانی که در موسسات خدمات

بهداشتی مشغول به کار می شوند به طور معمول تحت بیمه ی این موسسات قرار می گیرند و نیاز به تحت پوشش قرار گرفتن بیمه ی دیگری نیست. البته به جز کادر درمانی که خارج از موسسه خود مشغول به کار هستند و به فعالیت های حرفه ای می پردازند. بیمه ی شاغلین موسسات خدماتی تنها زمانی حامی کادر درمانی است که آنها در محدوده ی محیط کاری خود به فعالیت بپردازند. اما از آنجا که کادر درمانی افرادی حرفه ای هستند اغلب جدا کردن زندگی خصوصی آنها از وظایف حرفه ای و مهارت های شغلی شان کار سخت و دشواری خواهد بود. کادر درمانی که به صورت داوطلبانه برای همسایه و دوستانش به ارائه ی مراقبت های حرفه ای بپردازد تحت پوشش بیمه بیمارستان قرار نخواهد گرفت.

کادر درمانی باید با وکلای خود در مورد انواع سیاست های اتخاذ بیمه و حقوق و شرح وظایف خود به مشورت بپردازند. زمانی که کادر درمانی تحت پوشش بیمه ی محل کار خود قرار دارد و در مورد مسئولیت حرفه ای خود در مضان اتهام قرار می گیرد باید شرکت بیمه ی خود را در جریان قرار تا از او دادخواهی کند. اگر هر دو گروه سیاست های بیمارستانی و شرکت بیمه ی خصوصی به این نتیجه برسند که در نتیجه ی فعالیت کادر درمانی اختلال اساسی در بیمارستان رخ داده است، بیمارستان می تواند از شرکت بیمه ی خصوصی کادر درمانی درخواست کند که این کار کادر درمانی را تحت پوشش خود قرار داده و غرامت آن را بپردازد. اما از آنجا که در بیشتر مواقع پوشش بیمه دولتی بیمارستان بسیار گسترده تر از پوشش بیمه ی خصوصی کادر درمانی می باشد موارد اندکی به وجود می آید که بیمارستان از شرکت بیمه ی خصوصی کادر درمانی غرامت دریافت کند.

اقدامات شرکت بیمه مسئولیت حرفه ای:

- (۱) انتخاب وکیل مدافع برای پرونده
- (۲) از مدارک کپی برداری می نماید.
- (۳) در مقابل گزارشگر قضایی دادگاه، از شاکی سؤالاتی می کند.
- (۴) پرستار را جهت دادن شهادت، آماده می کند.
- (۵) پزشکی را که درگیر دعوی مطرح شده نیست، استخدام نموده تا شاکی را معاینه نماید.

نکات بالینی و کاربردی برای شاغلین حرف پزشکی و وابسته که تعقیب قانونی می‌شوند:

- (۱) با دفتر حقوقی محل کار خود تماس گرفته، و راهنمایی‌های آنها را دنبال کند.
- (۲) به نماینده بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکی خود تلفن کند، تاریخ، زمان، نام نماینده و راهنمایی‌هایی که به وی می‌شود را ثبت کند. احضاریه دادگاه را از طریق پست سفارشی برای شرکت بیمه بفرستد یا حضوری بدهد و رسید آن را دریافت کند، زیرا شرکت بیمه می‌تواند از پوشش دادن به پرستار خودداری کند، مگر آنکه در مدت زمان تعیین شده، نماینده بیمه در جریان امر قرار گیرد.
- (۳) هیچ‌گاه نباید از خود دفاع کند، زیرا کادر درمانی که تجربه کافی در امر قانونی ندارند، معمولاً موفق نمی‌شوند.
- (۴) در بیمارستان هرگز با هیچ کس در مورد دعوی مطرح شده صحبت نکنید. فقط آن را با افراد مسئول (مدیر بحران) در میان بگذارید، صحبت کردن در محیط کار با سایر افراد به ضرر شما است. حتی بعضی افراد ممکن است توضیح شما را به عنوان قبول خطا استنباط کند.
- (۵) هیچ‌گاه درباره دعوی مطرح شده با شاکی صحبت نکنید. صحبت کردن با شاکی کمک کننده نیست، وی تصمیم خود را گرفته، ممکن است حتی از حرف‌های شما به عنوان دلیلی بر علیه شما استفاده کنند.
- (۶) هیچ‌گاه درباره دعوی مطرح شده با وکیل شاکی صحبت نکنید، چرا که ممکن است چیزی بگویند که درباره دعوی مطرح شده برای شاکی کمک کننده باشد.
- (۷) هیچ‌گاه درباره دعوی مطرح شده با فردی که برای شاکی شهادت می‌دهد، صحبت نکنید. این افراد از قبل تصمیم گرفته‌اند که متهم گناهکار است، در غیر این صورت شهادت نمی‌دهند.
- (۸) هیچ‌گاه درباره دعوی مطرح شده با خبرنگاران صحبت نکنید، چرا که هرگونه اظهار نظری ممکن است، تحریف شده و انتشار یابد.
- (۹) هیچ‌گونه تغییری در پرونده بیمار ندهید، زیرا این کار غیر قانونی است. بزرگ‌ترین اشتباه کادر درمانی (پزشک، ماما، پرستار و...) دست بردن در پرونده بیمار است زیرا دیگر جایی برای دفاع باقی نمی‌گذارد.
- (۱۰) هیچ‌گونه اطلاعاتی را از وکیل مدافع خود مخفی نکنید. وکیل مدافع نیاز دارد همه چیز را بداند، مهم نیست چقدر بی‌اهمیت باشد، یا به نظر گناهکار بیایید. وی نیاز دارد که از جنبه‌های ضعیف دعوی مطرح شده و همین‌طور از نقاط قدرت آن با اطلاع باشد.

۱۱) هیچ گاه بدون آمادگی به جایگاه شهود در دادگاه نروید، ممکن است سال ها از زمان وقوع مشکل تا دفاع از غفلت و سهل انگاری و نتایج محاکمه طول بکشد. لذا لازم است، تمام پرونده با دقت بازنگری شود، مخصوصاً پرونده هایی که شما را درگیر می کنند.

۱۲) هیچ گاه در جایگاه شهود تند و بی ادبانه رفتار نکنید، سعی کنید ضمن رعایت ادب، به خود مسلط باشید.

۱۳) داوطلبانه اطلاعات ندهید، فقط به سئوالات پاسخ دهید و پاسخ شما کوتاه، تا حد امکان جواب شما بله یا خیر باشد. پاسخ های بلند فقط بهانه بدست می دهند.

دانشجویان پرستاری:

دانشجویان پرستاری در قبال اقداماتی که قبلاً درس آنها را خواند مسئولیتی مشابه فارغ التحصیلان حرفه پرستاری دارند و این امر موجب حمایت از منافع بیمار می شود.

در صورتی که عملکرد دانشجو باعث صدمه به بیمار شود این دانشجو در قبال عملکرد خود مسئول است. در صورتی که به دنبال عملکرد دانشجو بیمار دچار آسیب شود یا این صدمه به دنبال عدم انجام فعالیتی توسط دانشجو ایجاد شده باشد مسئولیت این آسیب بر عهده ی دانشجو ، بیمارستان یا موسسات ارائه دهنده خدمات و دانشگاه یا موسسه ی آموزشی می باشد.

دانشجویان پرستاری نباید هرگز جهت انجام کارهایی که هنوز آمادگی انجام آن را ندارند مسئولیت بپذیرند و باید به دقت تحت نظارت مربی خود به انجام مهارت های تازه آموخته شده بپردازند. اگرچه ممکن است دانشجویان توسط کارکنان بیمارستان به طور کافی کنترل نشوند، اما موسسه در قبال عملکرد دانشجویان پرستاری مسئولیت دارد. انتظار می رود که دانشجویان پرستاری مانند کارشناسان پرستاری بتوانند مراقبت های مفید و ایمن را به بیمار ارائه دهند. مربیان معمولاً در قبال آموزش و کنترل دانشجویان خود مسئول هستند اما پرسنل پرستاری ممکن است این مسئولیت را به دیگری واگذار کنند. هر دانشکده پرستاری باید تعریف واضحی از مسئولیت ها و پتانسیل های موجود ارائه دهد.

هیچ دلیلی ندارد که بیمار از دانشجوی پرستاری فارغ التحصیل مراقبتی کمتر از یک پرستار حرفه ای را انتظار داشته باشد.

اما دانشجویان پرستاری که هنوز فارغ التحصیل نشده اند از محدودیت بیشتری برخوردارند.

زمانی که دانشجویان به عنوان کمک پرستار یا منشی پرستاری مشغول به کار می شوند و در کلاسها حضور نمی یابند نباید کارهایی را انجام دهند که در شرح وظایف آنها به عنوان کمک پرستار وجود ندارد. در صورتی که دانشجویان به عنوان کمک پرستار مشغول به کار هستند و تمایل به انجام کاری دارند که هنوز برای انجام کامل و ایمن آن کار آماده نشده باشند این درخواست باید به سوپروایزر اطلاع داده شود تا یک فرد مطلع در کنار او قرار گیرد.

دانشجویانی که مامور مراقبت از بیماری می شود که احتیاج به تخصص فراتر از توانایی خود دارد موظف است سرپرست خود را مطلع کند.

سرپرست نیز در قبال اقداماتی که یک دانشجو انجام می دهد مسئول شناخته می شود و چنانچه در نظارت بر کار دانشجو بی مبالاتی صورت گرفته باشد وی نیز در مسئولیت دانشجو شریک است.

فصل هفتم

معرفی نمونه case

❖ در پایان به معرفی تعدادی مورد پرداخته می شود که همه موارد داری واقعیت بوده :

❖ مورد شماره یک :

بیمار خانم ۴۲ ساله ای که در بخش داخلی بستری بوده است، از تخت افتاده و ظاهراً وی دچار صدمه ای نشده است. هنگامی که بیمار از تخت می افتد، پرستار بر بالین بیمار می ماند تا کمک برسد. سپس وی وضعیت فیزیکی بیمار را بررسی کرده، ناحیه لگن بیمار را ثابت می کند و با کمک دیگران بیمار را به تخت انتقال داده و به مدیر پرستاری، پزشک و خانواده بیمار اطلاع می دهد. اما در انتهای کارش عجولانه و بطور مختصر در پرونده بیمار می نویسد «بیمار روی زمین بود، به تخت برگردانده شد، به پزشک اطلاع داده شد، وضعیت بیمار خوب است.» بعد از شش ماه بیمار فوق دچار کمر درد شدید شده و نمی تواند راه برود. خانواده بیمار پرستار را به دادگاه احضار کرده و مدعی شدند چون پرستار قبل از حرکت دادن بیمار و انتقال وی به تخت نتوانسته است ناحیه لگن او را ثابت کند بیمار بهبود نیافته و باعث لنگیدن وی شده است. علی رغم اینکه همکاران شهادت داده اند که پرستار ناحیه لگن را ثابت کرده بود، اما چون هیچ گونه سندی در پرونده وجود نداشت که مراقبت هایی که وی به بیمار ارائه داده است را ثبت کند، مقصر شناخته شد. بنابراین اگر اقدامات انجام شده در پرونده ثبت نشده باشد، از نظر قانونی اقدام مزبور انجام نگردیده است.

لذا ثبت صحیح و کامل حوادث پرستاری که کل مراقبت در آن منعکس شده باشد، به عنوان سند می تواند به پرستار و سایر کادر درمانی کمک کند. زیرا با گذشت زمان انسان به سختی چیزی را به خاطر می آورد. بنابراین پرونده بیمار منبع موثق و رسمی بوده که در دادگاه قابل پذیرش می باشد. در بررسی ها که در هیئت های انتظامی و دادگاه صورت می گیرد گزارشات ثبت شده، دلیل ارائه مراقبت های کیفی است. کامل بودن و هم سانی ثبت آن، پی آمد دعوی قانونی را تعیین می کند. در واقع پرونده ها اولین خط دفاع هستند. دادگاه فرض می کند، اگر پزشک، پرستار و ماما چیزی را ثبت نکرده، مراقبت را انجام نداده است. به عنوان مثال در مورد فوق پرستار مسئولانه برای بیمار مراقبت انجام داده، ولی آن را در پرونده ننوشته است.

❖ مورد شماره دو:

خانمی توسط آقای دکتر تحت عمل جراحی لیفتینگ صورت قرار گرفته ولی بعلت ناراضی بودن از نتیجه جراحی (بدشکل شدن محل جراحی و کوتاه شدن گردن از پزشک معالج شاکی می باشد). در حال حاضر محدودیت حرکت رو به عقب گردن بعلت کوتاهی گردن وجود دارد. همچنین اسکار بدشکل پشت گوش ها خصوصا طرف چپ مشهود است. بیمار از بی حسی گوش ها شاکی است. عوارض فوق بعلت عدم مهارت پزشک معالج بدنبال عمل جراحی مذکور ایجاد شده است. فلذا پزشک معالج بعلت عدم تبحر مرتکب تقصیر پزشکی شده است.

❖ مورد شماره سه:

خانم ۲۷ ساله ای جهت رفع لک در ناحیه بینی و گونه توسط آقای پزشک عمومی تحت درمان با مواد شیمیایی (chemical peeling) قرار گرفته و دچار جوشگاه بد شکل در صورت و محدودیت حرکت دهان گردیده و از پزشک معالج شکایت می نماید.

طبق معاینات انجام شده، جوشگاه بدشکل در ناحیه پیشانی، سمت راست و سمت چپ صورت و چانه مشهود است که جوشگاه های ناحیه اطراف دهان موجب محدودیت حرکتی مختصر در دهان گردیده است. با توجه به این که جوشگاه های بدشکل ناحیه صورت و محدودیت حرکتی موجود ناشی از اقدام درمانی برای پزشک معالج می باشد ایشان مرتکب تقصیر پزشکی شده است با توجه به شرح فوق باید کل دیه و ارش نقص های ایجاد شده را پرداخت نماید.

❖ مورد شماره چهار:

آقای ۱۹ ساله ای بدنبال تصادف دچار شکستگی ساق پای چپ و استخوان کف دست چپ می شود که در بیمارستان تحت عمل جراحی قرار گرفته و از بیمارستان ترخیص می گردد. حسب مدارک ارائه شده نامبرده بدلیل بیماری از خدمت وظیفه معاف دائم شده است. نامبرده اظهار داشته است که بدنبال حادثه مورد ادعا دچار شکستگی لگن نیز شده بود توسط پزشک معالج تشخیصی داده نشده است و سبب نقص عضو وی شده است.

بنا به اظهارات پزشک معالج مبنی بر عدم تهیه گرافی لگن علی رغم ترومای اندام تحتانی و شکستگی ساق پای چپ، این اقدام از نظر علمی بی مبالاتی محسوب می گردد ضمن آنکه بنا به نظریه پزشک ارتوپد معالج همزمان شکستگی استابولوم (حفره حقه ای لگن) در بررسی گرافی چند ماه بعد در حضور پزشک اولیه مورد تایید قرار گرفته است، تشخیص شکستگی مد نظر قرار نگرفته و لذا پزشک معالج از این نظر مرتکب تقصیر گردیده است.

❖ مورد شماره پنج :

خانم ۳۱ ساله ای، بارداری اول در حالیکه ۳۶ هفته باردار بوده و در بیمارستان با درد زایمان بستری می شود. در ابتدا اجازه زایمان طبیعی داده شده و القای زایمانی انجام گرفت ولی در نهایت بدلیل افت شدید قلب جنین اقدام به سزارین گردید. جنین فاقد علایم حیاتی متولد شده و با شکایت والدین از متخصص زنان و زایمان پرونده در نظام پزشکی و کمیسیون های پزشکی قانونی بررسی شد.

بیمار در حالیکه زایمان وی زودتر از موعد شروع شده بوده و رحم وی انقباض های شدید غیر معمول داشته است در وضعیت اورژانسی به بیمارستان مراجعه می کند و متاسفانه به دلیل این که ماما های مسئول وخامت حال بیمار به خوبی درک نکرده و به پزشک معالج مسئول به موقع اطلاع نداده اند و پزشک معالج نیز به موقع بر بالین بیمار حاضر نشده، جنین دچار کاهش اکسیژن رسانی به بافت های حیاتی شده لذا حیات جنین از شرایط پیش آمده فراهم نشده است و جنین در طی عمل سزارین فوت شده بدنیا آمده است. شرایط اورژانسی مادر و ذات خطیر شرایط ایجاد شده به میزان ۳۰٪ در فوت جنین نقش داشته است و ۷۰٪ مابقی به شرح ذیل مربوط به قصور پزشک معالج، ماماها و مسئول و شخصیت حقوقی مسئول فنی بیمارستان می باشد:

✓ پزشک معالج به میزان ۴۰٪ بعلت عدم ویزیت به موقع بیمار و عمل جراحی به موقع

✓ ماما به میزان ۱۰٪ بدلیل عدم ارزیابی صحیح وضعیت بیمار و عدم اقدام مناسب برای بیمار و عدم اطلاع بموقع

به پزشک معالج

✓ شخصیت حقوقی مسئول فنی بیمارستان به میزان ۲۰٪ بدلیل عدم نظارت کافی و مناسب بر عملکرد پرسنل

(عدم استقرار پزشک جراح مقیم زنان در بیمارستان و عدم حضور به موقع پرسنل اتاق عمل در محل کار)

مرتکب قصور شده اند.

❖ مورد شماره شش:

خانمی با سابقه درد شدید در ناحیه کمر و با تشخیص انحنای شدید ستون فقرات (کیفواسکلولیوز) جهت درمان در بیمارستان بستری و تحت عمل قرار می گیرد. بیمار مدعی است بدنبال عمل دچار اختلال در حرکت و حس اندام ها و نیز بی اختیاری ادرار و مدفوع گردیده و از پزشک معالج شکایت نموده است.

با توجه به سوابق بیماری قبلی (تنگی کانال نخاعی و ماهیت پیش رونده بیمار) پزشک معالج متخصص جراحی مغز و اعصاب که نامبرده را تحت عمل جراحی قرار داده اند و نهایتاً نامبرده دچار اختلال حرکتی نخاعی عصبی که منجر به بروز عوارض حاصله گردیده مرتکب تقصیر پزشکی شده است. فلذا مسئول پرداخت ارزش نقص های ایجاد شده می باشد.

مورد شماره هفت:

آقای ۱۸ ساله ای بدنبال مشکل تنفسی و متعاقب تشخیص پزشک معالج مبنی بر انحراف بینی در بیمارستان بستری و تحت عمل جراحی قرار می گیرد. متأسفانه بعد از اتمام عمل جراحی مراقبت دقیق ریکاوری انجام نشده و بیمار تحویل فرد غیر مسئول (خدماتی بخش) گردیده و در بخش جراحی بستری می شود و در ادامه کوتاهی و سهل انگاری در مراقبت های بعد از عمل در بخش جراحی، باعث آسپیراسیون بیمار شده و در نهایت دچار زندگی نباتی می گردد.

پدر بیمار شاکی پرونده در هیئت تخلفات نظام پزشکی بررسی شد. حسب مدارک ارائه شده و بررسی های پرونده در جلسات متعدد و نظرات کارشناسی، مشخص می گردد که سهل انگاری تیم درمانی (اتاق عمل، ریکاوری، بخش جراحی، تاخیر تیم احیاء و اشکال در وسایل احیاء و ...) منجر به این اتفاق شده است که در نهایت بیمار در اثر کوتاهی و سهل انگاری تیم درمانی دچار زندگی نباتی شده، لذا تیم معالج از این نظر مرتکب تقصیر گردیده است و به میزان صد در صد مقصر شناخته شد! و به پرداخت پنج دیه محکوم گردید.

نکته: عدم آشنایی کادر درمان از قوانین و مقررات، آنها را میرا از جرم نمی نماید.

❖ مورد شماره هشت:

بیمار آقای ۲۸ ساله به علت درد و محدودیت در انجام کارها در کتف و شانه چپ به بیمارستان مراجعه و توسط فلوشیب ارتوپدی تحت عمل جراحی آرتروسکوپی مفصل شانه یا سینوکتومی قرار گرفته است که بعد از عمل و گرافی کنترل متوجه جسم خارجی در عضلات کتف میشوند و مجدداً تحت عمل آرتروسکوپی و نهایتاً جراحی باز کتف قرار گرفته است و جسم خارجی از عضلات کتف خارج می‌گردد. پس از عمل تحت نظر پزشک معالج تحت درمان فیزیوتراپی تکمیلی قرار می‌گیرد بیمار مدعی است که بهبودی حاصل نگردیده است. در MRI انجام شده (در سوابق پرونده بیمار) شانه طبیعی بوده است و در مشاوره صورت گرفته با متخصص ارتوپدی ذکر شده که به مدت یکسال فیزیوتراپی ادامه یابد و در صورت عدم بهبودی جراحی ترمیمی مجدد لازم است. بیمار از بی‌حسی و گزگز در ناحیه عصب اولنار شاکی است ولی محدودیت حرکتی ندارد مجدداً معاینه شده و ذکر می‌شود که در حال حاضر بیمار مشکل خاصی نداشته و محدودیت حرکتی ندارد ولی از بی‌حسی و گزگز شدن در ناحیه عصب اولنار شاکی است. با توجه به بررسی‌های بعمل آمده و وجود پارگی در لابروم قدامی شانه چپ اندیکاسیون عمل جراحی آرتروسکوپی داشته ولی متأسفانه حین آرتروسکوپی تکه‌ای از دستگاه آرتروسکوپ شکسته شده و در ناحیه شانه چپ باقیمانده است که منجر به تحمیل عمل جراحی باز جهت خارج کردن قطعه شکسته شده است.

با توجه به بررسی به عمل آمده مشخص گردید که وسیله آرتروسکوپ استفاده شده کهنه بوده و به همین علت منجر به شکسته شدن تکه‌ای از دستگاه گردیده، که منجر به تحمیل عمل جراحی اضافی به بیمار گردیده است. آیا تقصیر پزشکی رخ داده است یا خیر؟

با توجه به قدیمی بودن وسیله استفاده شده، که لازم بوده از قطعه جدید استفاده می‌گردید فلذا پزشک ارتوپد که در جریان امر بوده و مسئول فنی بیمارستان که نظارت بر این امر داشته مرتکب خطا شده اند ولی با توجه به این که نقص عضو یا محدودیت حرکتی ایجاد نشده است خطا نامبردگان تخلف انتظامی می‌باشد و ضمن در نظر گرفتن مجازات انتظامی، لازم است هزینه عمل جراحی مجدد جهت خارج نمودن جسم خارجی جبران گردد.

❖ مورد شماره نه:

مادر باردار با سن حاملگی ۳۶ هفته و خونریزی واژینال به علت جفت سرراهی مراجعه می نماید در بدو ورود فشارخون 110/80 می باشد و PR=90 دارد. پزشک معالج پس از انجام اقدامات اولیه قید می نماید کنترل فشارخون هر نیم ساعت تا ۴ ساعت ولی ماما مربوطه تنها فشار بدو ورود را می گیرد ولی هر نیم ساعت کنترل فشارخون را انجام نمی دهد. بیمار پس از حدود ۲ ساعت دچار شوک هیپوولمیک می شود و علی رغم اقدامات درمانی بیمار فوت می نماید. آیا ماما کوتاهی در امر درمان داشته است؟

با توجه به عدم کنترل فشارخون توسط ماما طبق order داده شده و فوت بیمار کوتاهی از سوی ماما انجام شده است که از نوع بی مبالاتی بوده لذا باید دیه پرداخت نماید.

اگر در case فوق پس از عملیات احیاء بیمار نجات می یافت و عارضه ای ایجاد نمی شد چطور؟
با توجه به این که نقص عضو و فوتی ایجاد نشده است کوتاهی ماما از نوع تخلف انتظامی می باشد و مجازات تخلف انتظامی برای نامبرده در نظر گرفته می شود.

❖ مورد شماره ده:

مادر pp با گروه خونی O منفی و همسر وی گروه خونی AB مثبت و گروه خونی نوزاد، که بعد از تولد تعیین می شود، RH مثبت می باشد. لذا آمپول رگام توسط پزشک نسخه و تاکید می شود. هرچه سریع تر به مادر تزریق گردد. در شیفت صبح آمپول رگام تهیه نشد، بنابراین در گزارش تاکید گردید که در شیفت عصر تزریق شود. در همین فاصله زمانی، خدماتی بخش مسئول نظافت بخش مربوطه و از جمله اتاق این مادر که با یک مادری دیگر هم اتاق بوده، می شود. مادر تخت مجاور (تخت ۲) که از پس درد بعد از زایمان رنج می برده به خدماتی می گوید که شدیداً درد دارم و خدماتی هم می گوید! الان می روم و می گویم که بیایند و به شما مسکن بزنند و بدون اینکه مسئول بخش را مطلع کند به نظافتش در سایر اتاق ها ادامه می دهد. در این زمان مامای شیفت عصر آمپول رگامی را که شوهر بیمار تهیه کرده آماده و بدون توجه به نام، نام خانوادگی مادر، و شماره تخت! (مادر تخت ۱) وارد اتاق بیمار دو تخته شده و می گوید آمپول مال کیست؟! (مادر تخت ۱) وارد اتاق بیمار دو تخته شده و می گوید

آمپول مال کیست؟! مادری که از درد شکایت داشته (مادر تخت ۲) فکر می کند که برایش مسکن آورده اند لذا می گوید مال من! و آمپول رگام به او تزریق می شود!

یک ساعت بعد که ساعت ملاقاتی شروع می شود و همسر بیماری که باید به او رگام تزریق می شده (تخت ۱) به خانمش می گوید، نمی دانید با چه مصیبتی آمپول برایت پیدا کردم! (چون در آن فاصله زمانی رگام کم یاب و بسیار گران بود) که مادر جواب می دهد هنوز به من تزریق نشده! و شوهر بیمار به مامای مسئول شیفت مراجعه و علت تزریق را می پرسد، معلوم می شود که آمپول رگام به مادر تخت مجاور که پس از درد شکایت داشته است تزریق شده است! که در ادامه با دو شکایت مواجه شدیم:

همسر تخت یک که چرا؟ دارویی را که با این مصیبت و گران تهیه کرده ام و برای همسرم ضروری بوده، به دیگری تزریق شده است؟!

همسر تخت دو که این داروی کمیاب و گران قیمت حتما برای بیماری خاصی بوده و در همسرم ایجاد عارضه می کند و در حاملگی های بعدی مادر و فرزندانش دچار عوارض این تزریق می گردند. (چرا که همسر بیمار در مورد رگام هیچ آگاهی ندارد و فقط می داند که داروی گران و کمیابی است.)

در ارتباط با case فوق و موارد مشابه این case سوالات زیر مطرح می شوند:

✓ در این case اگر پرسنل ماما وارد اتاق مادر می شد، به سراغ مادر بدون کنترل هویت می رفت، محل تزریق را آماده و سر سوزن را وارد کرده! ولی قبل از انجام تزریق به مادر، با کنترل مجدد پرونده و گزارش (توسط همکارش) متوجه اشتباه خود شده، لذا قبل از دریافت دارو مشکل فوق مشخص می شود و تزریق در همین مرحله متوقف و سرنگ خارج می گردد و هیچ دوز دارویی وارد بدن بیمار نمی شود، آیا ماما تخلف نموده است؟

بلی تخلف نامبرده از نوع انتظامی می باشد و مجازات تخلف انتظامی برای نامبرده در نظر گرفته می شود.

✓ اگر در case فوق دارو استفاده شود ولی نقص عضو و فوتی به دنبال آن رخ ندد؟ آیا ماما تخلف نموده است؟

با توجه به عدم ایجاد نقص عضو و فوت، تخلف نامبرده باز هم از نوع تخلف انتظامی می باشد، و مجازات تخلف انتظامی برای نامبرده در نظر گرفته می شود.

✓ اگر در case فوق به دنبال تجویز دارو عارضه ای در کلیه به صورت ماندگار برای مادر ایجاد شود آیا ماما

تخلف نموده است یا خیر؟

با توجه به بی احتیاطی انجام شده، برای مادر نقص عضو ایجاد شده است فلذا کوتاهی نامبرده قصور در نظر گرفته

می شود و ماما باید ارزش نقص عضو ایجاد شده را پرداخت نماید.

نکات کاربردی در دادن دارو:

(۱) تاکید بر اصل که داروی صحیح، از راه درست، در زمان مناسب و درست، به مقدار درست به فرد درست داده

شود و در نهایت کلیه موارد انجام شده مکتوب گردد.

(۲) ضروری است آنتی دوت ها و یک لیست از آن ها در یک مکان مناسب در دسترس باشد.

(۳) ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت های اورژانس، مطابق با دستورالعمل ها و آئین نامه

های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه روز در دسترس باشد.

(۴) ماما یا پرستار مسئول شیفت هنگام تحویل گرفتن شیفت حتما داروی مخدر را کنترل نماید.

(۵) داروهای مخدر، باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل دار، محفوظ باشند و مسئول هر شیفت کلید را همواره

نزد خود نگهداری نماید.

(۶) تحویل و تحول داروهای ترالی اورژانس توسط فرد مسئول در تمام شیفت های (صبح، عصر و شب) انجام

شود.

(۷) تحویل و تحول دفیبریلاتور/مانیتور و کلیه وسایل ضروری بخش در تمام شیفت ها انجام شود.

(۸) ترالی اورژانس در دسترس بوده و حداقل حاوی مواد ذیل باشد:

✓ دفیبریلاتور

✓ مانیتور قلبی و پالس اکسی متری

✓ داروهای اورژانس

✓ لوله های هوایی (Air way) در تمامی اندازه ها

✓ لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)

✓ آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان

✓ باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ

✓ تخته احیا (یک مورد) اطفال و بزرگسال

✓ ساکشن

✓ کیسول اکسیژن و ملزومات (پر و آماده استفاده)

❖ مورد شماره یازده:

خانم ۴۲ ساله ای به علت بیماری عفونی به متخصص عفونی مراجعه می نماید و پزشک معالج نامبرده را با توجه به شرایط در بخش بستری و تجویز داروی سفتریاکسون وریدی می نماید.

پرستار بخش دارو را رقیق و در طی ۵ دقیقه تزریق می نماید. بیمار به علت ایجاد حساسیت دچار شوک می شود و فوت می نماید.

آیا پرستار مربوطه کوتاهی در امر درمان نموده است یا خیر؟

با توجه به بخشنامه وزارت بهداشت و درمان در خصوص تزریق داروی سفتریاکسون با میکروست و در طی ۲۰ دقیقه و عدم رعایت مقررات مربوطه پرستار مرتکب تقصیر پزشکی شده است و باید دیه فوت را پرداخت نماید. در اینجا دیگر عارضه دارویی محسوب نمی شود.

در case فوق اگر پرستار طبق بخشنامه وزارت بهداشت و درمان تزریق را انجام می داده است (داروی سفتریاکسون

با میکروست و در طی ۲۰ دقیقه باید تزریق گردد) و بیمار دچار عارضه شوک می شد، چگونه؟

در مورد فوق با توجه به رعایت نظامات دولتی مشکل ایجاد شده به عنوان عارضه دارو محسوب می شود و برای

پرستار تقصیر در نظر گرفته نمی شود ولی باتوجه به این که عارضه فوق شایع بوده، باید با آگاهی دادن کامل بیمار

و با رضایت بیمار اقدام به تزریق گردد.

❖ مورد شماره دوازده:

مادر ۱۸ ساله ای بارداری (بارداری سوم و صاحب یک فرزند) با سن بارداری حدود ۳۴ هفته با درد زایمان در بیمارستان بستری می شود مادر با تشخیص زایمان زودرس تحت درمان با سولفات منیزیم قرار می گیرد و پس از چند ساعت دچار ایست قلبی - تنفسی می شود که با حضور دستیار بیهوشی اقدامات احیا انجام می شود و با سزارین جنین خارج می گردد. پس از عمل بیمار هوشیاری خود را بدست نمی آورد و دچار تشنج های مکرر می شود و با تشخیص آسیب هیپوکسی مغز تحت درمان قرار می گیرد. علی رغم درمان های حمایتی بهبود نیافته و فوت می نماید.

علت فوت نامبرده دریافت حجم بالایی از داروی سولفات منیزیم (حدود ۴۰۰ سی سی) در مدت کوتاه و (کمتر از نیم ساعت) و عوارض ناشی از آن می باشد. با توجه به جمیع جهات رزیدنت سال اول در آن تاریخ به دلیل عدم توجه کافی بر تزریق دارو و قبل از تشکیل چارت علائم حیاتی و بررسی رفلکس های حیاتی به میزان سی درصد (۳۰٪) متخصص زنان و زایمان نیز به دلیل عدم ارائه دستور دارویی کامل و عدم تاکید بر بررسی وضعیت علائم حیاتی و بررسی رفلکسی ها به میزان پنج درصد (۵٪)، دستیار سال چهارم به علت نظارت کافی بر طریقه درمان و توجه ندادن دستیاران سال پایین به اهمیت و خطر آفرین بودن نوع داروی تزریقی (سولفات منیزیم) به میزان (۲۵٪)، متخصص زنان و زایمان (مسئول فنی بخش) نیز به عنوان مسئول و رئیس بخش مامایی به دلیل عدم تعیین پروتکل مکتوب در خصوص چگونگی تجویز و استفاده از داروی سولفات منیزیم به میزان (۲۰٪)، دستیار سال دوم و دستیار سال سوم نیز به دلیل عدم نظارت کافی بر بیماران بستری در بخش زایمان هر کدام به میزان (۱۰٪) مرتکب قصور گردیده اند که همه آنها باید دیه قصور خود را پرداخت نمایند.

❖ مورد شماره سیزده:

مادر ۲۷ ساله ای G2P1 به علت درد زایمان به زایشگاه مراجعه و بستری می شود در ضمن لیبر دچار افت ضربان قلب جنین شده و جهت ختم حاملگی اقدام به عمل سزارین می شود. نوزاد تحویل واحد نوزادان شده و در برگ خلاصه زایمان جنس نوزاد پسر نوشته می شود! مادر بیهوش بوده و لذا در لحظه تولد از جنس نوزاد بی اطلاع

می باشد، بعد از به هوش آمدن مادر، نوزادی که به او و خانواده تحویل داده می شود دختر می باشد! و چون خانواده هیچ اطلاعی از ذکر نام پسر در پرونده نداشتند، سوالی مطرح نمی شود و مادر با نوزاد دختر مرخص می گردد.

بعد از گذشت یک هفته، به دلیل مشکل قلبی مادرزادی نوزاد دختر در بخش نوزادان بستری و متاسفانه فوت می شود.

حدود شش ماه بعد پدر خانواده که جهت تکمیل مدارک مرخصی زایمان برای محل خدمت همسرش به بایگانی بیمارستان مراجعه و خلاصه پرونده را دریافت می نماید . ضمن مطالعه متوجه می شود که جنس نوزاد در پرونده پسر نوشته شده است!

بلافاصله خانواده شک می کنند که در واحد نوزادان نوزاد عوض شده! و به همین دلیل به سازمان نظام پزشکی محل شکایت می کنند، که نوزاد توسط پرسنل درمانی عوض شده و حتما در مقابل این عمل مبلغ کلانی دریافت کرده اند.

پرونده بررسی و جهت این کار از بایگانی بیمارستان سایر پرونده هایی که در آن روز جهت ختم حاملگی به اتاق عمل رفته اند، درخواست می شود. در بررسی پرونده ها مشخص می گردد، که چهار عمل سزارین در آن روز انجام شده که سه مورد آنها نوزاد پسر و تنها یک مورد دختر بوده است! در ادامه بررسی ها مشخص می شود که خانواده دو نوزاد تبعیت ایرانی نداشته و در این فاصله زمانی از کشور خارج شده اند! که هر دو خانواده نوزاد پسر تحویل گرفته اند! و از طرفی نوزاد دختر هم که فوت شده است و مضاف بر آن دستیاری که عمل سزارین را انجام داده و ظاهرا پرونده ها را تکمیل کرده است اعلام کرده که در گزارشش مبنی بر اعلام جنسیت اشتباه نکرده است! لذا نوزاد خانواده شاکی همان است که در پرونده نوشته شده است!

متاسفانه به غیر از پرونده در دفاتر بیمارستان از جمله اتاق عمل و نوزادان هم مدارکی مبنی بر یادداشت شدن جنسیت نوزادان آن تاریخ دیده نشده که دلیل آن را جابجایی زایشگاه و مفقود شدن دفاتر در ضمن جابجایی می دانند و ...

نکاتی که در این case کاربردی است شامل: شایدهایی است، چون به دلیل همین شایدها پرونده هنوز به نتیجه نرسیده است!

✓ شاید بی دقتی در گزارش نویسی

✓ شاید نویسنده گزارش عامل زایمان نبوده و از دیگری جنس نوزاد را سوال کرده! موضوعی که بسیار زیاد

خصوصاً در بیمارستان های آموزشی دیده مشود!

✓ شاید واقعا گزارش درست بوده و نوزاد تعویض شده!

✓ شاید نداشتن بایگانی مناسب جهت دفاتر که بعد از فاصله زمانی بسیار کوتاه دفاتر ثبت گم شده اند!

موضوع را پیچیده تر کرده است.

✓ شاید نگرفتن اثر کف پای نوزاد و انگشت مادر بلافاصله بعد از زایمان!

✓ شاید نسبتن دستبند نوزاد در اتاق عمل که معمولاً باید نام مادر، جنس نوزاد، تاریخ و ساعت زایمان روی

آن ذکر شود!

✓ شاید بیهوش بودن مادر در لحظه تولد! و بی اطلاعی از جنس نوزاد!

✓ شاید مفقود کردن دفاتر توسط پرسنل!

و هزاران شاید دیگر! به دلیل بی دقتی که منجر به ایجاد استرس و نگرانی در خانواده شده، که آیا در حال حاضر

فرزندمان در کجا و در چه شرایطی بزرگی می شود؟

و یا این که همت و شک به کادر درمانی که وظیفه خود را درست و خدا پسندانه انجام داده است.

امیدوارم که بیان همین یک مورد به همکاران کمک کند که در انجام امور محوله نهایت دقت و در گزارش دهی

دقتی دو چندان داشته باشند، تا از تکرار موارد مشابه جلوگیری شود.

❖ مورد شماره چهار ده:

آقای ۷۲ ساله بدلیل بالابودن PSA (آنتی ژن غده پروستات) و علائم پروستاتیسیم توسط متخصص اورولوژی

جهت نمونه برداری از غدد پروستات در بیمارستان بستری می شود. وی سابقه حساسیت به پنی سیلین داشته که

توسط پرستار در برگه مربوطه در پرونده منعکس می گردد لیکن این مطلب بر خلاف موازین، بر روی پرونده و

کاردکس بیمار درج نگردید. عمل جراحی انجام و دستور ترخیص صادر می شود ولی بدلیل تب دار بودن بیمار

ترخیص وی لغو گردید. پزشک معالج برای وی درمان با آنتی بیوتیک از جمله آمپی سیلین تجویز می نماید و

پرستاران شیفت عصر دستور پزشک معالج را اجرا نمودند ولی پس از تزریق دارو، بیمار دچار شوک شد و علی رغم درمان های انجام گرفته و عملیات احیا فوت گردید.

پزشک معالج بدلیل عدم اخذ شرح حال درست و بعلت دستور تجویز آمپی سیلین بدون توجه به مندرجات پرونده به میزان (۴۰٪) دیه کامل، مسئول فنی بدلیل عدم نظارت کافی بر آموزش و فعالیت پرسنل پرستاری و عدم تامین نیروی مناسب با نیاز به میزان (۲۰٪) دیه کامل، پرستار مسئول به دلیل عدم درج حساسیت دارویی متوفی بر روی کاردکس به میزان (۱۵٪) دیه کامل، پرستار شیفت عصر به دلیل تزریق دارو بدون توجه به حساسیت دارویی بیمار و کنترل شرح حال مندرج در برگه پرستاری به میزان (۵٪) دیه کامل، مرتکب قصور شده اند. (۲۰٪) مابقی به علت عدم پاسخ دهی مناسب بیمار به عملیات احیاء در زمینه بیماری قلبی- عروقی می باشد.

❖ مورد شماره پانزده:

مادر بارداری با سن حاملگی ۱۳ هفته بارداری، که حاملگی ناخواسته می باشد، درخواست سقط جنین دارد. مادر و همسر هر دو رضایت به سقط جنین دارند اگر ماما سقط جنین را با رعایت شرایط استریل و استاندارد انجام دهد آیا کوتاهی نموده است؟

طبق ماده ۱۵۸ رضایت موجود می باشد ولی انجام سقط جنین در موارد حاملگی ناخواسته جزء قوانین سقط جنینی نمی باشد لذا ماما رعایت موازین فنی را انجام نداده و اقدام وی نیز مشروع نمی باشد. بنابراین ماما طبق قانون مجازات اسلامی مجازات می گردد.

❖ مورد شماره شانزده:

مادر G2P1 که به دلیل درد زایمان با وضعیت دیلاتاسیون کامل به بیمارستان آموزشی مراجعه کرده بود، مادر به صورت اورژانس و بدون گرفتن شرح حال و بدون پرونده به اتاق زایمان منتقل و زایمان توسط دانشجو مامایی با نظارت مربی انجام شد. ولی به دلیل درشت بودن نوزاد و داشتن زایمان سریع، دچار پارگی درجه سه شد. با توجه به این که ترمیم این نوع پارگی ها در حد وظایف مربی مربوطه نبوده، ترمیم توسط مربی انجام نشده و به متخصص

زنان آنکال اطلاع داده شد، متأسفانه ترمیم به رزیدنت سال اول واگذار شده و بدلیل عدم مهارت رزیدنت سال اول، مادر دچار عوارض بی اختیاری ادرار شد. پرونده در کمیسیون های نظام پزشکی و پزشکی قانونی مطرح و به دلیل سهل انگاری، پزشک کشیک زنان و از طرفی عدم نظارت رزیدنت های مافوق بر کار رزیدنت سال اول، مادر دچار عوارض بی اختیاری ادرار شد. پرونده در کمیسیون های نظام پزشکی و پزشکی قانونی مطرح و به دلیل سهل انگاری، پزشک مسئول و رزیدنت های زنان به پرداخت ارش محکوم شدند. در مورد فوق، به دلیل این که احتمال پارگی از عوارض زایمان سریع با نوزاد درشت بوده و اورژانسی بودن زایمان نیز مزید بر علت شده بود و از طرف دیگر مربی مامایی در محدوده وظایف شغلی عمل کرده است و هنگام ایجاد عارضه اقدام به انجام کار غیر اصولی نکرده است. ترمیم پارگی درجه سه) و کار را به متخصص زنان واگذار کرده، لذا تخلفی انجام نداده است.

❖ مورد شماره هفدهم:

در درمانگاه مرکز بهداشت مامای درمانگاه اقدام به گذاشتن IUD کرد. در حین گذاشتن IUD مادر دچار شوک شده، ولی ماما بدون توجه به وضعیت مادر و عدم حضور مسئول فنی درمانگاه به گذاشتن IUD ادامه می دهد به دلیل وخامت وضعیت، مادر به زایشگاه منتقل و در اثر خونریزی و افت علائم حیاتی، مادر لاپاراتومی شده و سرانجام پزشک زنان مجبور به هیستریکتومی مادر می شود.

در بررسی پرونده، ماما به دلیل بی توجهی به وضعیت بیمار و پرفوراسیون رحم که در نهایت منجر به هیستریکتومی مادر شده، پزشک درمانگاه که مسئول فنی درمانگاه بوده است، نیز به دلیل عدم حضور در ساعت کاری در درمانگاه بدون داشتن مرخصی یا برگه پاس ساعتی از یک طرف و از طرفی هم بدلیل عدم نظارت بر وجود داروها و وسایل احیاء در مرکز فوق نیز مقصر شناخته شد، لذا هر دو نفر به دلیل سهل انگاری در وظایف به پرداخت ارش محکوم شدند.

❖ مورد شماره هیجدهم:

مادر MP3 جهت زایمان به زایشگاه مراجعه کرد. هنگام پذیرش مادر در زایشگاه مامای مسئول ادمیت مادر در گرفتن شرح حال بی دقتی کرده و از دیابتیک بودن مادر در پرونده چیزی ذکر نکرده بود. مادر به اتاق زایمان منتقل شد، زایمان توسط مامای مسئول اتاق زایمان انجام شد. مامای مسئول زایمان نیز در این که جنین درشت بوده و احتمال خطر وجود دارد دقت نکرده و پزشک متخصص زنان را در جریان قرار نداده بود. متأسفانه نوزاد دختر متولد شده، که بدلیل درشت بودن و زایمان سخت و گیر کردن شانه هنگام زایمان دچار ارب گردید.

خانواده شاکی و پرونده در کمیسیون های پزشکی قانونی بررسی شد، در بررسی ها مشخص گردید که مادر دیابتیک بوده و نوزاد درشت و در واقع احتمال CPD وجود داشته است، که ماماهاى شیفت به این موضوع بی توجه بوده اند از مادر شرح حال دقیق نگرفته و پزشک کشیک را هم در جریان قرار نداده بودند. لذا مامای مسئول پذیرش مادر و مامای مسئول زایمان هر دو به دلیل سهل انگاری و ایجاد عارضه ماندگار در نوزاد به پرداخت ارش محکوم شدند.

❖ مورد شماره نوزدهم:

مادر ۳۱ ساله G1 ، ۳۶ هفته بارداری با درد زایمان در بیمارستان بستری شد. در ابتدا اجازه زایمان طبیعی داده شده و القای زایمانی انجام گرفت ولی در نهایت بدلیل افت شدید قلب جنین، پزشک تصمیم به ختم حاملگی به روش سزارین گرفت جنین فاقد علائم حیاتی متولد شد و تحت اقدامات احیاء قرار گرفت که موثر واقع نشد و جسد برای کالبد شکافی به پزشکی قانونی منتقل گردید آیا قصور یا تقصیری از سوی کادر درمان صورت گرفته است یا خیر؟

در جلسات کارشناسی متعدد مشخص شد مادر در حالیکه دردهای زایمانی وی زودتر از موعد شروع شده بوده و رحم وی انقباض های شدید غیر معمول داشته است در وضعیت اورژانسی به بیمارستان مراجعه می کند به دلیل اینکه ماماهاى مسئول وخامت حال بیمار را به خوبی درک نکرده و به پزشک معالج مسئول به موقع اطلاع نداده اند و پزشک معالج نیز بعد از گزارش وضعیت مادر، به موقع بر بالین بیمار حاضر نشده و این کوتاهی ها منجر به کاهش اکسیژن رسانی به بافتهای حیاتی جنین شده است. لذا نجات جنین از شرایط پیش آمده فراهم نشده و جنین در طی

عمل سزارین فوت شده بدنیا آمده است. لذا ماما و پزشک معالج مرتکب تقصیر پزشکی شده اند و لازم است دیه فوت را پرداخت نماید.

البته در جلسات کارشناسی در کمیسیون های پزشکی، مواردی که زمینه بیماری در فوت تاثیر داشته باشند، میزان آن به صورت درصد اعلام می شود و مابقی درصد به عنوان تقصیر اعلام می گردد. به عنوان مثال اگر ذکر شود ماما ۳۰٪ قصور در فوت دارد در واقع ۳۰٪ از دیه فوت باید پرداخت شود.

در مورد فوق آیا ماما و پزشک مرتکب تخلف انتظامی شده اند یا خیر؟
با توجه به اینکه قصور رخ داده است علاوه بر پرداخت دیه تعیین شده، تخلف انتظامی نیز در نظر گرفته می شود.

❖ مورد شماره بیستم:

در یکی از بیمارستان ها بیماری به علت شکم حاد تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. به دنبال عمل جراحی بیمار دچار درد شدید و تب های غیر قابل کنترل شد. حدود یک ماه بعد مجدداً بیمار با تشخیص جراح تحت لاپاراتومی مجدد قرار گرفت. در طی این عمل متوجه باقی ماندن یک گاز در شکم بیمار شدند! که همین موضوع باعث شد قسمتی از روده های بیمار را بردارند!

بیمار شاکی و پرونده در چندین کمیسیون بررسی شد، در طی بررسی ها متوجه شدند که یکی از همکاران بهیار با جراح دست شسته است! و عدم دقت و شاید عدم مهارت در انجام کاری که در شرح وظایف نبوده است منجر به اشتباه در شمارش گازها شده است لذا توجه به شرح وظایف مصوب بهیار که شستن دست و کمک در امر عمل جراحی، وظیفه بهیار نبوده و در محدوده شرح وظایف پرستار می باشد و به همین دلیل بهیار محکوم و ملزم به پرداخت خسارت وارده شد!

در این جا شاید این سوال مطرح گردد که اگر اشتباه از سوی پرستار اتفاق می افتاد، آیا برخورد قانون متفاوت بود؟ با توجه به اینکه پرستار در محدوده وظایف خود عمل کرده است، لذا با بررسی و شواهد دیگر ممکن بود میزان جرم مربوطه کمتر می شد و به عنوان خطاهای ناخواسته عمل جراحی و احتمالاتی که در کتب رفرنس نوشته شده است، در نظر گرفته می شد و حداقل قانون گذار عدم مهارت را ذکر نمی کرد و بیشتر سهل انگاری که ناخواسته بوده، مورد توجه قرار می گرفت.

شاید هم این سوال مطرح گردد که در خیلی از موارد افراد در جایگاه خود کار نکرده و وظایف محوله از سوی مافوق به آن ها واگذار شده و مجبور به انجام آن می باشند؟! در این گونه موارد و موظف کردن فرد از سوی دانشگاه محل خدمت یا مافوق، واحد مربوطه باید به صورت مکتوب نوشته شود که، به دلیل نیاز واحد بوده و در صورت وقوع حادثه، ضمانت پرداخت خسارات وارده و سایر تخلفات به عهده واحد یا فرد مافوق مربوطه می باشد، در غیر اینصورت شخصی که کار را انجام داده است، جوابگوی خطای انجام شده می باشد، بنابراین عدم آشنایی کادر درمان از قوانین و مقررات حرفه ای، آنها را مبرا از جرم نمی نماید.

❖ مورد شماره بیست و یکم:

جوان ۲۲ ساله ای در ضمن کار در کارگاهی که بی احتیاطی همکارش باعث می شود پای راستش دچار عارضه شود، به اورژانس یکی از بیمارستان ها آورده می شود و در اتاق عمل ارتوپدی تحت عمل جراحی پاشنه و قسمت انتهایی ساق پا که آسیب دیده توسط یکی از پزشکان ارتوپد قرار می گیرد بیمار بعد از سه روز از بیمارستان مرخص می شود. در مراجعه بعدی به اورژانس جهت تعویض پانسمان متوجه سوختگی شدید در ناحیه عمل و اطراف آن می شوند مجددا بیمار به اتاق عمل فرستاد می شود که متاسفانه به دلیل سوختگی شدید و عوارض ایجاد شده مجبور می شوند که پای بیمار را از ناحیه مج قطع کنند!

جوان ۲۲ ساله به سازمان نظام پزشکی شکایت و پرونده بررسی شد. در بررسی ها متوجه این موضوع شدند که اتاق عملی که بیمار فوق در آن بستری و تحت عمل جراحی (اتاق عمل ارتوپدی) قرار گرفته است چراغ سیالتیک اتاق عمل شکسته و نور بدون حفاظ مستقیما به محل عمل (پای بیمار) تابانده شده بود! که این موضوع منجر به سوختگی شدید و از بین رفتن جریان خون عروقی و عوارض ایجاد شده، بوده است. با ادامه بررسی ها مشخص شد، که پرستار مسئول اتاق عمل چندین بار با درخواست های مکرر مسئول اتاق عمل و سهل انگاری ، مقصر شناخته شده و محکوم به پرداخت خسارات و همچنین پرداخت هزینه های از کار افتادگی جوان فوق شد. ضمنا پزشک ارتوپدی و پرستاری که بیمار را در اتاق عمل خوابانده بودند از این موضوع بی اطلاع بودند(اشکال چراغ اتاق عمل) لذا بی گناه تشخیص داده شدند.

❖ مورد شماره بیست و دوم:

آقای ۲۰ ساله ای که به دلیل تصادف به اورژانس یکی از بیمارستان ها آورده شده بود. توسط پزشک اورژانس ویزیت و بستری شد. هنگام پذیرش در اورژانس بیمار، هوشیار و صحبت می کرده و پزشک اورژانس دستور کنترل علائم حیاتی را هر نیم ساعت و مشاوره جراحی داده بود که متاسفانه با جراح ارتباط برقرار نشد و بعد از گذشت یک ساعت بیمار بدحال و علائم حیاتی افت کرد. بیمار بدلیل خونریزی شدید کلیه وارد شوک شد و به عملیات احیاء جواب نداد و متاسفانه در اورژانس فوت کرد!

پدر متوفی به نظام پزشکی شکایت و بعد از بررسی پرونده و کارشناسی های متعدد، مشخص شد که :

اولا : کنترل علائم حیاتی طبق دستور پزشک، توسط پرستار اورژانس صورت نگرفته

ثانیا : پزشک جراح آنکال بیمارستان هم بدون اطلاع محل خدمت در، درمانگاه یکی از بیمارستان های دیگر مشغول ویزیت بیماران بوده است! ضمنا مرکز تلفن بیمارستانی که بیمار بد حال در آن بستری بوده با بیمارستانی که جراح در درمانگاه آن حضور داشته است، ارتباط برقرار کرده ولی تلفن ها به درمانگاه وصل نشده بودند! (پرینت تلفن ها گرفته شد)

ثالثا : مشخص شد که پزشک جراح از ریاست وقت دانشگاه علوم پزشکی مجوزی مبنی بر کار همزمان در مرکز دوم را دریافت کرده، که خلاف مقررات آن زمان بوده است! در نهایت افرادی که در ارتباط با بیمار فوق بودند، ۱۰۰٪ مقصر شناخته شدند که ۸۰٪ دیه توسط پرستار اورژانس، جراح کشیک و فردی که در مرکز تلفن بیمارستان دوم کار می کرده است پرداخت شد و ۲۰٪ هم ریاست وقت دانشگاه که با مجوز کار همزمان موافقت کرده بود تعلق گرفت.

❖ مورد شماره بیست و سوم:

بیماری جهت انجام تزریق به درمانگاه مراجعه می نماید، پرستار تزریق را انجام می دهد ولی پس از انجام تزریق متوجه می شود که سر سوزن شکسته است ولی به بیمار اطلاع نمی دهد. بیمار پس از مدتی دچار تورم و قرمزی در ناحیه محل تزریق می شود که پس از مدتی تحت اقدامات درمانی و جراحی قرار می گیرد ولی با توجه به اینکه بیمار

مبتلا به دیابت پیشرفته بوده، علی رغم اقدامات درمانی جراحی بدنبال سپتی سمی فوت می نماید آیا پرستار مرتکب تقصیر شده است یا خیر؟

در این گونه موارد پرستار باید بیمار را در جریان اتفاق افتاده قرار دهد و نامبرده را برای اقدامات بعدی جهت خارج نمودن جسم خارجی به پزشک معرفی نماید، با توجه به این که این اقدام صورت نگرفته و بدنبال این اقدام بیمار فوت نموده است پرستار طبق ماده ۱۵۸ و ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی موازین علمی را رعایت ننموده و مرتکب تقصیر شده است که مجازات آن پرداخت دیه می باشد. در این case اگر مشخص شود که سر سوزن استاندارد لازم را نداشته است علاوه بر پرستار شرکت وارد کننده و سازمان تایید کننده نیز مرتکب تقصیر شده اند.

❖ مورد شماره بیست و چهارم:

خانم ۴۶ ساله جهت انجام عمل جراحی زیبایی کوچک کردن سینه و شکم در کلینیک جراحی بستری می شود و توسط متخصص جراحی عمومی تحت عمل جراحی پلاستیک سینه و بدنبال آن شکم قرار می گیرد و با حال عمومی خوب به بخش منتقل می شود. روز بعد، پس از ویزیت توسط پزشک معالج ترخیص می شود و قرار می شود دو روز بعد جهت معاینه مراجعه نماید. بیمار به قصد مراجعه به پزشک از منزل خارج می شود ولی چند دقیقه پس از خروج بصورت ناگهانی دچار ایست قلبی تنفسی می شود. اورژانس در محل حاضر و بیمار به بیمارستان منتقل می شود. عملیات احیاء انجام می شود ولی متأسفانه بیمار بر نمی گردد و فوت می کند.

با توجه به بررسی های بعمل آمده و فتوگرافی های قبل از عمل جراحی از آنجائیکه توسط پزشک جراح معالج اقدامات کافی و مشاوره های تخصصی قبل از عمل جراحی (نظیر مشاوره تخصصی قلب، ریه و بیهوشی) و اقدامات پس از عمل جراحی انجام نگرفته است لذا پزشک معالج مرتکب تقصیری به میزان ۲۰٪ گردید لذا ۲۰٪ از دیه کامل باید پرداخت گردد.

❖ مورد شماره بیست و پنجم:

کودکی ۵ ساله جهت عمل جراحی به اتاق عمل آورده می شود، توسط متخصص بیهوشی لوله گذاری انجام و کنترل شده است که محل لوله درست (داخل تراشه) بوده است. در ضمن کار هنگام جابجایی بیمار، لوله تراشه کمی بیرون کشیده می شود و توسط تکنیسین بیهوشی لوله مجدداً به داخل فرستاده می شود! بعد از گذشت حدود یکی دو ثانیه متخصص بیهوشی متوجه حالت سیانوز در لب های کودک شده و مجدداً صداهای ریوی را گوش می کند که نرمال بودند! ضمناً دستگاه پالس اکسی متری هم چیز غیر طبیعی نشان نمی داد! اما باز هم سیانوز وجود داشت، لوله در جابجایی توسط تکنیسین بیهوشی به داخل مری فرستاده شده است! که سریعاً لوله گذاری مجدد انجام شده و عمل جراحی با موفقیت خاتمه می یابد.

نکات کاربردی:

- ✓ توصیه می شود لوله تراشه در نوزادان و اطفال توسط بخیه به گوشه لب بیمار ثابت شود.
- ✓ اکثر پالس اکسی متری های موجود با تاخیر ۳۰ تا ۴۵ ثانیه افت اکسیژناسیون را نشان می دهند! که این زمان با ارزشی برای بیمار است، لذا استفاده از کاپنوگراف به طور همزمان مشکل را سریعتر گزارش می کند.
- ✓ در این مورد شنیده شدن صداهای تنفسی در زیر بغل باعث گمراهی متخصص بیهوشی شده و به علت کوچک بودن فضای قفسه سینه و نزدیکی تراشه و مری قابل اطمینان نبوده اند، لذا بهتر است، در موارد شک به جابجایی لوله تراشه به جای این که لوله به داخل فرستاده شود! لارنگوسکوپی مجدد انجام شود.

❖ مورد شماره بیست و ششم:

بیماری جهت دریافت دارو به داروخانه مراجعه می نماید و دارو ساز به علت بی دقتی یکی از داروهای نسخه را اشتباها تحویل بیمار می دهد ولی خوشبختانه قبل از مصرف مشخص می شود، که دارو اشتباها تحویل بیمار داده شده است و بیمار داروی اشتباه را مصرف نمی نماید در مورد فوق آیا پزشک داروساز مرتکب قصور یا تقصیر پزشکی شده است یا خیر؟

با توجه به این که داروی اشتباه تحویل بیمار شده است پزشک داروساز خطا انجام داده است ولی نظر به اینکه داروی فوق استفاده نشده است و نقص عضوی یا فوتی رخ نداده است لذا داروساز مربوطه تنها مرتکب تخلف انتظامی شده است و مجازات تخلف انتظامی برای وی در نظر گرفته می شود.

❖ مورد شماره بیست و هفتم:

در بازرسی به عمل آمده از بیمارستان مشخص می شود که دستگاه بیهوشی موجود در اطاق عمل دارای اشکال فنی بوده و تنظیم خروجی گازهای بیهوشی به درستی انجام نمی شود ولی علی رغم اشکال در دستگاه، بیماران با این دستگاه تحت بیهوشی قرار می گیرند ولی خوشبختانه کسی آسیب ندیده است آیا قصور یا تقصیری صورت گرفته است؟

با توجه به این که نقص عضو یا فوتی رخ نداده است لذا تقصیر پزشکی در نظر گرفته نمی شود ولی ضرورت داشته که مسئول فنی مشکل فوق را برطرف می نموده و اجازه بیهوشی بیماران را نمی داده است. همچنین متخصص بیهوشی نیز نباید بیماران را با دستگاهی که دچار اشکال فنی بوده، بیهوش می کرده است. لذا مسئول فنی و متخصص بیهوشی مرتکب تخلف انتظامی شده اند و مجازات تخلف انتظامی برای نامبردگان در نظر گرفته می شود.

❖ مورد شماره بیست و هشتم:

مادر G2P1 در ساعت ۵:۵۵ صبح با درد زایمان و وضعیت کامل (دیلاتاسیون کامل) و افسمان ۹۰٪ همراه با افت صدای قلب جنین در زایشگاه بستری می شود. پس از گذشت حدود ۳ ساعت در ساعت ۹:۲۰ توسط متخصص

زنان و با استفاده دستگاه مکش (وانتوز) ، نوزاد پسر با وزن ۴۰۵۰ گرم و با آپگار ۶-۸ و دیستوشی شانه سمت چپ بدنیا می آید، وضعیت تنفسی نوزاد با دادن اکسیژن و ساکشن دهان و بینی بهبود می یابد اما آسیب عصب وی علی رغم عمل جراحی بهبود نیافته و نقص ایجاد شده همچنان باقی می باشد.

هر چند که در بروز آسیب شبکه بازویی و نقص عضو حاصله در اندام فوقانی چپ ابعاد شانه جنین و عدم تناسب اندازه جنین با لگن مادر تاثیر داشته است، اما اشکالات عمده در برخورد با روند زایمان نقش بسزایی در بروز عارضه داشته است، که به شرح ذیل توضیح داده می شود:

پزشک مربوطه بدلیل عدم مدیریت مناسب روند زایمان و استفاده نابجا از وانتوز مرتکب تقصیر به میزان ۳۰٪ شده اند. مابقی نیز مرتبط به وزن زیاد و ابعاد شانه می باشد.

❖ مورد شماره بیست ونهم:

آقای ۲۴ ساله به درمانگاه مراجعه می کند و توسط دندانپزشک اقدام به کشیدن دندان ۷ بیمار می شود که در طی این اقدام دندان ۸ (دندان عقل) و قسمتی از استخوان فک نیز بدلیل چسبندگی کنده می شود. دندانپزشک بعلت عدم انجام رادیوگرافی دندان (OPG) قبل از کشیدن دندان ۷ و عدم مهارت در کشیدن دندان فوق الذکر، همچنین ناخواسته دندان ۸ (دندان عقل) و آسیب و اتلاف نسج استخوان مجاور دندان های ۷ و ۸ مرتکب تقصیر گردیده است.

❖ مورد شماره سی ام:

خانم ۵۰ ساله ای جهت عمل کاتاراکت چشم به بخش خصوصی مراجعه می نماید تحت عمل جراحی کاتاراکت قرار می گیرد، پس از آن به بخش ریکاوری منتقل می شود. در ریکاوری بیمار دچار هیپو کسی شده و سیانوز می شود ولی مسئول بخش ریکاوری متوجه این موضوع نمی شود و متاسفانه بیمار فوت می نماید آیا قصور یا تقصیری رخ داده است یا خیر؟

در بررسی پرونده مشخص می شود، مسئول ریکاوری دارای مدرک راهنمایی و عملاً نتوانسته تشخیص بدهد که، بیمار مشکل پیدا کرده است. در این جا مسئول فنی بیمارستان خصوصی به علت استفاده از فرد غیر تخصصی در

بخش ریکاوری مرتکب تقصیر پزشکی شده است و متخصص بیهوشی و متخصص چشم پزشکی با توجه به اینکه از این موضوع مطلع بودند، اقدام به بیهوشی و جراحی می کردند، مرتکب تقصیر پزشکی شده اند و مجازات تقصیر پزشکی شده اند و مجازات تقصیر پزشکی پرداخت دیه فوت به عهده مسئول فنی بیمارستان، متخصص بیهوشی و متخصص چشم پزشکی می باشد و به علت انجام تقصیر پزشکی، تخلف انتظامی نیز انجام داده اند و مجازات تخلف انتظامی نیز برای نامبردگان در نظر گرفته می شود.

فهرست منابع:

- ۱) قادی پاشا مسعود، شاهرخی ساردو مهین و قهرمانی مینو. قوانین و مقررات حرفه ای (پزشکی، پرستاری، مامایی) در یک نگاه. تهران: انتشارات نشر جامعه نگر: سال ۱۳۹۴.
- ۲) اخذ رضایت از بیمار در امور درمانی . برگرفته از سایت: [www.akhlag.org /section 35/category59/content51.ht](http://www.akhlag.org/section/35/category59/content51.ht)
- ۳) حاجوی ، ابادر ، خوشگام ، معصومه، موسوی ، بهناز ، مطالعه ای درباره آگاهی رعایت جنبه های قانونی مربوط به رضایت نامه ها در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۷ - فصلنامه مدیریت سلامت، ش ۱۲ سال ۱۳۸۸.
- ۴) آراد، حسین. ملاحظات پزشکی قانونی -جراحی فک، دهان و صورت پیترسون ۲۰۰۳، برگرفته از سایت: http://www.irlden.com/professional/law&rules/law_detail.php?ID=60913&lang=fa
- ۵) کیمیا فر ، خلیل ، مدارک پزشکی به عنوان منبع قانونی ، سمینار اصول صحیح مستند سازی و پرونده نویسی ، بجنورد ، ۱۷ و ۱۸ مرداد ۱۳۸۸.
- ۶) جعفری ، آسیه ، رضایت و برائت ، سومین سمینار اخلاق پزشکی سازمان نظام پزشکی - تهران ۱۱ و ۱۲ در irimc.org ۱۳۸۷ سایت نظام پزشکی
- ۷) دکتر بهنوش ، بهرام ، رضایت آگاهانه ، سومین سمینار اخلاق پزشکی سازمان نظام پزشکی - تهران ۱۱ و ۱۲ در irimc.org ۱۳۸۷ سایت نظام پزشکی
- ۸) قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۸۴
- ۹) علیرمایی-نسرین-قانون و پرستار- ۱۳۸۱
- ۱۰) حقوق بیمار و مسئولیت پرستار-صدیقه سالمی- ۱۳۸۴
- ۱۱) عباسی م.حقوق پزشکی.جلد سوم، ۱۳۷۷، ص ۲۱۵-۲۲۵.
- ۱۲) عباسی مهري، گزارش کتبی و شفایی در پرستاری.۱۳۷۹، ص ۷۴-۸۵.

۱۳) رسائی نیان.مجموعه قوانین مجازات اسلامی.۱۳۸۲، ص ۳۲-۴۰.

۱۴)عباسی م.حقوق پزشکی، جلد دوم، ۱۳۷۷، ص ۷۱-۸۹.

۱۵)قضایی ص.پزشکی قانونی.۱۳۷۳، ص ۱-۲۵.

۱۶)قشلاقی ف.راههای پیشگیری از قصور پزشکی.۱۳۸۰، ص ۱۴۳-۱۳۷.

Marquis-B.L &leadership rols and management function in nursing” 4th (۱۷
ed-chapter 23

”T.M.marrelle-lynda.s.hilliard. “the nurse manager survival guide