

# Adli Raporların Hazırlanmasında Temel Kurallar, Kavramlar; Hukuki ve Tıbbi Açından Hekim Sorumluluğu

Yasemin BALCI, Mesut ERYÜRÜK

*Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir*

Bilindiği üzere “rapor düzenleme”, hekimlerin meslek hayatlarının ayrılmaz bir parçasıdır. Hekimlerin düzenledikleri raporlar, tıbbi ve adli raporlar olmak üzere genel olarak iki grupta ele alınabilir. Tıbbi raporlar; kişilerin sağlık ve istirahat durumlarının belirlenmesi, bazı ilaçları ne kadar süreyle kullanması gibi konuları içerirken; adli raporlar yargıya yansıyan ve kişinin sağlığını ilgilendiren her türlü olayda, adli mercilere yol gösteren raporlardır. Bu yazıda, hekimlerden sıklıkla talep edilen adli travmatoloji raporlarının düzenlenmesi ile ilgili temel kurallar, kavramlar ve izlenecek yol üzerinde durulacaktır. Daha özel bilgi, donanım ve yaklaşım gerektiren adli psikiyatrik raporlar, cinsel suç raporları gibi konular bu yazının kapsamına alınmamıştır.

## Hekimlerin adli rapor düzenleme sorumluluğu

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun çerçevesinde, mahkemeler, bilirkişi olarak Türkiye’de hekimlik yapma yetkisine sahip tüm hekimlere başvurabilirler. Dolayısıyla, ülkemizde hekimlik yapma hakkına sahip tüm hekimler adli olaylarda görev alma ve rapor düzenleme ile sorumludur.<sup>1</sup> Hekimlik uygulamaları ve hekim bilgisine gereksinim duyulan hukuksal uygulamalarla ilgili diğer yasalar da bunu destekler niteliktedir. Yargı mercilerince adli rapor talep edildiğinde, hekimlerin “bu benim işim değil, ben bunu yapamam” deme şansları yoktur. Ancak, adli olguyu değerlendirme ve rapor düzenleme aşamasında, başka bir hekimden de görüş alınmasını talep edebilirler veya ek inceleme gerekiyorsa bunu bildirebilirler.

## Uygulamada adli raporların düzenlenmesinde izlenecek yol

Tüm hekimler adli rapor düzenlemekle sorumlu olmakla birlikte, konunun uzmanı olmayan hekimler tarafından düzenlenen adli raporlardaki eksiklik ve yanlışlıkları gösteren pek çok çalışma yapılmıştır. İdeal olan; tüm adli raporların, bu konuda özel olarak eğitim almış kişiler tarafından düzenlenmesidir. Ancak uygulamalar bunu destekler şekilde değildir. Uygulamada izlenecek yol, çalışılan sağlık kuruluşu ve bulunulan bölgedeki adli tıp uzmanı varlığı ve sayısına göre değişecektir.

Konu ile ilgili olarak, 01.06.2005 tarihinde 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) ile 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)’nin yürürlüğe girmesini takiben Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde uyulacak esasları düzenleyen 22.09.2005 tarih ve 13292 sayılı bir Genelge daha yayınlanmıştır.<sup>2</sup> Genelge, adli tabiplik hizmetleriyle ilgili yasal çerçeve, yeni TCK ve CMK doğrultusunda adli tabiplik uygulamalarında ortaya çıkan yeni durum, il düzeyinde hizmet sunumunda yapılması gerekenler ve alınması gereken tedbirlerle ilgili düzenlemeler içermektedir. Genelge ile hizmetin il içi düzenlenmesi, İl Sağlık Müdürlükleri’ne bırakılmış olup Genelgenin 2.1 kısmında “...sağlık kuruluşlarında verilecek adli tabiplik hizmetleriyle ilgili idari düzenlemeler, ilde Adli Tıp Kurumu Başkanlığı’na bağlı birim ve/veya yüksek öğretim kurumlarının adli tıpla ilgili bölüm veya birimlerinin bulunup bulunmaması, il nüfusu ve iş yükü dikkate alınarak, il sağlık müdürlüklerince yapılacaktır” denmektedir. Genelgenin 2.2 maddesinde hizmetin ne

şekilde sunulacağına aşağıdaki ilkeler doğrultusunda belirleneceği belirtilmiştir.

- a. Hizmet planlaması, ildeki adlî teşkilat yapılanması da dikkate alınarak büyükşehir belediyesi statüsündeki il merkezleri, diğer il merkezleri ve ilçe düzeyinde ayrı ayrı yapılacaktır.
- b. Adlî tıp hizmetleri, Adlî Tıp Kurumu'na bağlı birimler ve adlî tıp anabilim dalı olan üniversitelerin bulunduğu il ve ilçe merkezlerinde, bütünüyle bu kurumlar tarafından veya bunların yanı sıra Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşları tarafından desteklenerek birlikte yürütülecek; bu kurumların bulunmadığı yerlerde ise bütünüyle Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarının yerine getirilecektir.
- c. Yerleşim biriminde yataklı tedavi kurumları varsa, bu hizmetlerin aksatılmadan yürütülmesi amacıyla, mesai saatleri içi ve dışı için ayrı ayrı planlama yapılmak üzere, yeterince yataklı tedavi kurumu ve sağlık ocağı görevlendirilecektir. Birden fazla sağlık kuruluşunun bulunduğu yerleşim birimlerinde, görevlendirilecek kuruluş sayısı, iş yükü ve ulaşım imkânları dikkate alınarak tespit edilecektir. Birden fazla sağlık kuruluşunun görevlendirilmesi durumunda, adlî travmatoloji vakalarının muayenesi ile rapor tanzimi, gerektiğinde otopsi hizmeti ve diğer hizmetler için, bu kurumlar arasındaki işbölümü açık bir şekilde belirlenecektir. Bakanlığımıza bağlı yataklı tedavi kurumlarının bulunmadığı yerleşim birimlerinde, mesai saatleri içinde ve dışında bu hizmetler sağlık ocaklarınınca yürütülecektir.
- d. Mesai saatleri dışında, adlî vakaların muayenesi ile rapor tanzimi gibi hizmetlerin, varsa 24 saat hizmet veren ve tanı-tedavi imkânları en geniş ve merkez konumundaki bir sağlık kuruluşunca/kuruluşlarınınca yerine getirilmesi şeklinde düzenleme yapılacak; otopsi hizmetleri için ise icapçı personel görevlendirilmesi esas olacaktır.
- e. Yataklı tedavi kurumlarında adlî tabiplik hizmetleri, varsa adlî tıp uzmanlarının sorumluluğu altında yürütülecek; yoksa, acil servis veya başhekimlikçe belirlenecek başkaca bir birim, bu hizmetlerden birinci derecede sorumlu olmak üzere görevlendirilecektir. Yataklı tedavi kurumlarındaki adlî tabiplik hizmetlerinin, bağlı semt polikliniği ve benzeri uç birimlerde değil, kuruluşun ana hizmet binasında verilmesi esastır..." Buna göre:

**Eğer sağlık kuruluşu, bir üniversite hastanesi ise;** o hastaneden istenen adli raporların nasıl düzenleneceği, adli tıp anabilim dalının varlığı ya da yokluğuna göre değişecektir. Adli tıp anabilim dalı varsa, mutlaka bu birimden yararlanarak bir düzenleme yapılmalıdır. Düzenleme, hastanenin büyüklüğü, adli olgu sayısı ve adli tıp anabilim dalının öğretim elemanı sayısına göre değişecektir. Ülkemizde 33 ildeki 40 Üniversitede Adli Tıp Anabilim Dalı mevcuttur. Buralardaki, adli rapor düzenleme işi Adli Tıp Anabilim Dallarının sorumluluğunda yürütülmelidir.

**Eğer sağlık kuruluşu, bir devlet hastanesi ise;** hastanede adli tıp uzmanının olup olmaması belirleyici olacaktır.

Çok yaygın olmamakla birlikte, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinin bazılarında adli tıp uzmanı bulunmaktadır. Adli tıp uzmanları, sağlık kuruluşlarında oluşturulan adli tıp polikliniklerinde bizzat görev yaparak veya eğitilmiş pratisyen hekimlerin çalıştığı polikliniklerin sorumlu uzmanlığını yaparak klinik adli tıp uygulamaları ile ilgili eksikliği giderebilirler. Ancak, bu durum acil servis gibi hastayı ilk karşılayan ve değerlendiren birimlerin kayıt tutma ve ön rapor düzenleme sorumluluğunu ortadan kaldırmayacaktır. İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin adli olgu potansiyeli ve adli tıp uzman ihtiyacı üzerine yapılan bir çalışmada, günlük adli olguların usulüne uygun olarak raporlandırılabilmesi için 7 hekim istihdam edilmesi gerektiği bildirilmiştir. Adı geçen çalışmada, her bir adli olgu için inceleme süresi 20 dakika ve bir doktorun günlük çalışma süresi 8 saat kabul edilerek hesaplama yapılmıştır.<sup>3</sup> Toplam acil ve poliklinik başvurularının yaklaşık %5inin adli olgular olduğu göz önüne alındığında, yıllık 200.000 acil ve poliklinik başvuru potansiyeli olan sağlık kuruluşlarında bir adli tıp uzman istihdamı gerekecektir.<sup>4</sup>

**Eğer sağlık kuruluşu bir sağlık ocağı ise;** Çalışılan bölgede adli tıp raporlarının nasıl düzenleneceğine dair, Sağlık Bakanlığı'nın Genelgesi doğrultusunda bir düzenleme yapıp yapılmadığı önem arz edecektir.

## A.Yeni Türk Ceza Kanunu'nun adli travmatolojiyi ilgilendiren maddeleri

Konu ile ilgili temel maddeler yeni TCK'nın kasten yaralama ile ilgili 86. ve 87. maddeleridir. Kasten yaralamanın ihmalî davranışla işlenmesine dair 88. madde, taksirle yaralamaya dair 89. madde, işkence ve netice sebebiyle ağırlaşmış işkenceye dair 94. ve 95. maddelerde yer alan kavramlar aynı olmakla birlikte ön görülen cezalarda farklılıklar söz konusudur. Yaralamanın ihmalî davranışla işlenmesi halinde 86. ve 87. maddelere göre verilecek cezada 2/3'e kadar indirim ön görülürken, 94. ve 95. maddelerde ise kasten yaralanmaya göre daha ağır cezalar ön görülmüştür.<sup>5</sup>

## Kasten yaralama

### MADDE 86.

1. Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
2. Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.
3. Kasten yaralama suçunun;
  - a. Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
  - b. Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
  - c. Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
  - d. Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

e. Silahla, işlenmesi halinde şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

**Açıklama:** 86. maddenin 1. fıkrasında kasten yaralama suçunun temel şekli tanımlanmış olup, kişinin vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan her davranış, yaralama olarak kabul edilmiştir. 2. fıkrası kapsamındaki, yaralamanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olması halinde verilecek ceza daha az olup bu ölçüdeki yaralanmalarda soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır. 86. maddenin 3. fıkrasında ise kasten yaralama suçunun nitelikli şekilleri yer almaktadır. Bunlar, mağdurda oluşan sağlık zararının dışında, suçu ağırlaştırıcı şartlardır. Yaralama suçunun silahla işlenmesi de, 3. fıkranın (e) bendinde yer alan nitelikli hallerden biridir. Yaralar ya da travmatik değişimler değerlendirilirken bu husus gözden kaçırılmamalıdır.<sup>6</sup>

### Neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış yaralama

#### MADDE 87.

1. Kasten yaralama fiili, mağdurun;
  - a. Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
  - b. Konuşmasında sürekli zorluğa,
  - c. Yüzünde sabit ize,
  - d. Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
  - e. Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

2. Kasten yaralama fiili, mağdurun;
  - a. İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
  - b. Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
  - c. Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
  - d. Yüzünün sürekli değişikliğine,
  - e. Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

3. Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması halinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, bir yıldan altı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.
4. Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan oniki yıla kadar, üçüncü fıkrasına giren hallerde ise oniki yıldan onaltı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

**Açıklama:** 87. maddenin 1. ve 2. fıkrası kasten yaralama suçunun netice sebebiyle ağırlaştırılmış hallerini içermektedir. 87. maddenin 3. fıkrasında kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması haline ilişkin ayrı bir düzenleme yapılmıştır. 4. fıkrası, “yaralanma sonucunda ölüm olursa verilecek cezayı” göstermekte olup, yaşayan kişilerdeki yaralanma ağırlığının belirlenmesi ile ilgili değildir.

Herhangi bir ağırlık derecesindeki yaralanma, gizli ya da aşkar bir silahla ya da aşındırıcı bir kimyasal madde ile meydana getirilirse, verilecek asıl ceza artar ve hafif derecede yaralanma olsa bile dava şikâyete bağlı olmaktan çıkar.<sup>6</sup>

### B. Yaralanma ağırlığı ile ilgili olarak yeni türk ceza kanunu'nda yer alan kavramlar

- a. Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma: Yeni TCK'nun 86. maddesinin 2. fıkrasında yer verilen bu terim ceza itibarı ile en hafif yaralanma grubunu ifade etmek için kullanılmıştır. Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde yaralanma, hekimler tarafından farklı algılanabilecek, kişisel değerlendirme farklılıkları yaratabilecek bir durum gibi gözükmektedir. Adli yönden, hangi travmatik değişimlerin basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ya da giderilemeyecek olduğu konusunda tüm hekimler tarafından kullanılacak bir listeye ihtiyaç vardır. Önemli olan ve gözetilmesi gereken, basit tıbbi müdahalelerin neler olduğu ya da hangi yaralanmaların basit tıbbi müdahale ile giderilebileceği değil, hangi travmatik değişimlerin hafif derecede yaralanmalar içinde yer alması gerektiğidir.<sup>6,7</sup>
- b. Başkasının vücuduna acı veren/ sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanma: Yeni TCK'nun 86. maddesinin 1. fıkrasında yer almakta olup ön görülen ceza itibarı ile orta derece yaralanma grubunu tanımlamaktadır. “kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma” tanımı, travmanın ruhsal etkilerini de kapsamaktadır. Kişilerin uğradığı travma sonrası oluşan ruhsal sağlık zararı da TCK kapsamında tanımlanmıştır.
- c. Yaşamını tehlikeye sokacak derecede yaralanma: Bir yaralanma sonrası, kişinin yaşamının mutlak suretle tehlikeye maruz kalması, ancak gerek kendi vücut direnci gerekse tıbbi yardımla kurtulması durumunda kullanılır. Yani olay sırasında yaşamsal tehlikenin oluşmuş olması önemlidir. Ölüm olması gerekmez. Kişinin sonradan iyileşmesi de bu durumu değiştirmez. “Ne olur ne olmaz” diyerek karar vermek yerine, her türlü tanı yöntemi kullanılarak başlangıçta doğru karar vermek önemlidir. Kabaca, kafatasında kırık ya da kafa içi lezyon, büyük damar ya da iç organ lezyonu varsa, yaşamı tehlikeye sokan durumun olduğu söylenebilir. Aynı şekilde kafa-göğüs ve batin boşluklarına giren yaralarda da yaşamsal tehlikenin varlığından söz edilir.
- d. Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması/yitirilmesi: Yaralanmadan sonra

duyu veya organlardan birinde işlev zayıflığı oluştuğunun kabul edilebilmesi için, bu duyu veya organdaki işlev zayıflamasının sürekli olması gerekmektedir. İşlev zayıflığı veya yitimi açısından; kişideki görme, işitme, koklama, tatma ve dokunma duyuları ile organlar ve ekstremitelerde (el, ön kol, kol, omuz, ayak, bacak, kalça) oluşan anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk, her bir duyu, organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapı veya fonksiyonuna göre değerlendirilmelidir. Protez takılması durumunda da anatomik kayıp değerlendirilecektir.

Vücutta çift olarak bulunan organlardan birinin işlevini tamamen yitirmesi halinde, diğer organ fonksiyon görmeye devam edebilir. Bu durumda, organın işlevinin zayıflaması değil, işlevin yitirilmesi söz konusudur. Çünkü kanun metninde duyu ve organlardan birinin işlevinden söz edilmektedir.

Organdaki veya ekstremitedeki anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk, o organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapısı ve/veya fonksiyonuna göre % 10-50 arasındaysa "işlevin sürekli zayıflaması"; % 50'nin üstünde ise "işlevin yitirilmesi" olarak değerlendirilmelidir.

- e. Yüzünde sabit ize-yüzünün sürekli değişikliğine neden olma: Oluşan her yara az ya da çok iz bırakır, ancak her iz yüzde sabit iz niteliğinde değerlendirilmez. Yaralanma esnasında, yüz sınırları içerisinde oluşan yaranın iyileştikten sonra bıraktığı iz, gün ışığında veya iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlar arası sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda ise "yüzde sabit iz"den bahsedilir. İzin, sabit iz olup olmadığının değerlendirilmesi açısından iyileşme sürecinin tamamlanmış olması gerekir. Bu nedenle, adli tıp uygulamalarında, bu konudaki değerlendirme yaralanmadan en az altı ay sonra yapılmaktadır. Hekim gerek görürse bu süre uzayabilir.

Eğer, yüz sınırları içinde oluşan yaralanmanın bıraktığı iz, o kişiyi önceden tanıyanların onu tanımamasında duraksamaya yol açacak şekilde yüzün doğal görünümünü bozmuş ise bu durumda "yüzde sürekli değişiklik"ten bahsedilir. Buna örnek olarak, ağır yanıklar ya da yüze kezzap atılması gibi kimyasal yanıklar verilebilir.

Yüz sınırlarına gelince; yeni TCK'nın madde ile ilgili gerekçesinde, yüz deyiminin, kişinin boyun ve kulakları dahil başın ön kısmını ifade ettiği belirtilmektedir. Yeni TCK'ya göre "yüz sınırları" tanımlanacak olursa, kişiye cepheden bakıldığında üstte saçlı deri sınırı (saçı dökülen ya da azalan kişilerde görülebilen frontal bölge dahil), yanlarda kulaklar dahil olmak üzere kulakların arkasından inen hayali düz çizgilerin her iki klavikula ile kesiştiği noktalar ile altta fossa jugularisten başlayıp yanlara doğru klavikularını takip eden çizgiler arasında kalan bölge anlaşılmalıdır.

- f. Konuşmada sürekli zorluk / konuşma yeteneğinin kaybı: Konuşma fonksiyonunu etkileyen kafa içi de-

ğişimler ile dil ve ses telleri gibi konuşmaya yardımcı yapılarda yaralanma olması durumunda değerlendirilir. Konuşmada sürekli zorluk, yeni TCK'nın 87. maddesinin 1.fikrasında, konuşma yeteneğinin kaybı da 2. fıkrasında yer almaktadır.

- g. Gebe bir kadında, çocuğunun vaktinden önce doğmasına / çocuğun düşmesine neden olma: Çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olma, yeni TCK'nın 87. maddesinin 1.fikrasında, çocuğun düşmesine neden olma ise 2. fıkrasında yer almaktadır. Burada, erken doğum ya da düşük durumunun travma ile ilişkisinin kurulması esas olacaktır.
- h. Kişinin iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa/bitkisel hayata girmesine neden olma: Yeni TCK'da 87.maddenin 2. fıkrasında yer alan ve cezayı arttıran hallerden biridir. Travma sonrası gelişen ve iyileşme olanağı bulunmayan akli arızaları da içermektedir.
1. Çocuk yapma yeteneğinin kaybolması: Uterus, ovaryumlar ve testisler gibi üremeye yardımcı organları içine alan yaralanma durumlarında değerlendirilir.
- j. Yaralanmanın vücutta kemik kırılmasına neden olması: Yeni TCK'nun 87. maddesinin 3. fıkrasında yer alan bir kavramdır. Kırıgın kişinin hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre ceza öngörülmektedir.

### C. Adli raporların düzenlemesine dair kılavuz ve adli rapor formları

İlgili kanun maddeleri ve yasa maddelerinde yer alan kavramlara dair açıklamalara yukarıda yer verilmiştir. Bu kanun maddelerinin içeriği ile yaralanmalarda adli raporların nasıl düzenleneceği, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı-Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği'nce hazırlanmış olan "Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz" adlı kitapçıkta mevcuttur. Kemik kırıkları hariç, yasada "Yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu" şeklinde tanımlanan yaralanmalara tablolarda,"basit tıbbi müdahale (BTM) ile giderilebilir", yasada "Şahsın vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan" şeklinde tanımlanan yaralanmalara tablolarda "basit tıbbi müdahale (BTM) ile giderilemez" şeklinde yer verilmiştir.<sup>2,6</sup>

Yukarıda adı geçen kılavuzda, hangi yaralanmaların basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ya da giderilemeyecek nitelikte olduğu listeler halinde mevcuttur. Aşağıda, yaralanmaların kılavuzdaki tablolarda ne şekilde yer aldığına dair örnek görülmektedir. Çeşitli vücut bölgelerine ait daha ayrıntılı tablolar kılavuzda mevcuttur.

Kılavuzun kafa yaralanmaları ile ilgili bölümünde, bilinç durumunun değerlendirilmesine yer verilmiştir. Bu adli rapor düzenleme ile ilgili eski listelere göre yeni bir yaklaşımdır. Örneğin göğüs bölgesindeki yaralanmalara bakıldığında kadınlardaki meme avülsiyonunun ve organ lezyonu olmadan lokal cilt altı amfizemi BTM ile giderilemeyecek nitelikte iken geniş cilt altı amfizemi, hemotoraks, pnömotoraks gibi yaralanmalar yaşamsal tehlike içermektedir.

**Tablo 1: Deri, deri altı ve kas dokusunu ilgilendiren yaralanmalar.**

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Tüm vücut alanına göre, yüz veya elde %5, diğer yerlerde %10'dan az olan abrazyon ve yaralanmalar<br>Yüz ve elde yaklaşık 25 cm <sup>2</sup> , diğer yerlerde 100 cm <sup>2</sup> küçük flep tarzı yaralanmalar<br>Yüz ya da elde toplam 10 cm, diğer bölgelerde 20 cm den küçük cilt altına penetre yaralanmalar, laserasyonlar.    | BTM ile giderilebilir |
| Tüm vücut alanına göre, yüz veya elde %5, diğer yerlerde %10 dan fazla olan abrazyon ve yaralanmalar<br>Yüz ve elde yaklaşık 25 cm <sup>2</sup> , diğer yerlerde 100 cm <sup>2</sup> büyük flep tarzı yaralanmalar<br>Yüz ya da elde toplam 10 cm, diğer bölgelerde 20 cm den büyük cilt altına penetre yaralanmalar, laserasyonlar. | BTM ile giderilemez   |
| Saçlı deride 100 cm <sup>2</sup> den az pediküllü flep yaralanmaları   | BTM ile giderilemez   |
| Saçlı deride 100 cm <sup>2</sup> fazla pedikülsüz flep yaralanmaları, total ya da totale yakın SKALP kaybı   | Yaşamsal tehlike      |
| Mermi çekirdeği yaralanması, yumuşak doku seyirli, tek   | BTM ile giderilebilir |
| Mermi çekirdeği yaralanması, yumuşak doku seyirli, birden fazla  | BTM ile giderilemez   |
| Saçma yaralanması, yumuşak doku seyirli, az sayıda   | BTM ile giderilebilir |
| Saçma yaralanması, yumuşak doku seyirli, çok sayıda  | BTM ile giderilemez   |
| 1. derece yanıklar, 2. derece %10'dan az (5 yaş altı çocuklarda %5'den az)   | BTM ile giderilebilir |
| 2. derece %10-20 (5 yaşından küçük çocuklarda %5-15)   | BTM ile giderilemez   |
| 2. derece yanık %20 den fazla, (5 yaşından küçük çocuklarda %15 den fazla)   | Yaşamsal tehlike      |
| Vücuttan elektrik akımının geçtiğine dair pozitif bulgular varsa veya sağlık personeli tarafından CPR uygulanmışsa   | Yaşamsal tehlike      |

Şahsın yaşamını tehlikeye sokan yaralanmalar da ayrıca belirtilmiştir.

Kılavuzda, değişik kemiklerdeki kırıkların ağırlık puanını gösteren bir liste mevcut olup çoklu kırıklarda kırığın hayat fonksiyonlarına etkisinin nasıl hesaplanacağı örnekleriyle gösterilmiştir.

#### D. Vücuttaki kemik kırıklarının değerlendirilmesi

Adli rapor yazımı ile ilgili kılavuzda, kemik kırıkları, kırığın hayat fonksiyonlarına etkisine göre HAFİF,<sup>1</sup> ORTA,<sup>2-3</sup> AĞIR<sup>4-5-6</sup> olarak sınıflandırılmıştır. Eklem çıkıkları da iskelet sistemi üzerinde anatomik bir bozukluk olduğundan dolayı bu sınıflama içine dâhil edilmiştir. Vücutta birden fazla kırık olması durumunda ise kırılan her kemiğin derecesi bulunarak bunların kareleri toplamının karekökü alınarak hesaplanır. Küsurat halinde, virgülden sonraki rakam 5 ve 5 den büyük ise bir üst dereceye tamamlanır. Örneğin kişide bir tarafta kapalı radius kırığı, diğer tarafta açık radius kırığı olduğunu varsayalım. Kapalı radius kırığının derecesi 2, açık radius kırığının derecesi 3'tür. Buna göre  $2^2+3^2=4+9=13$ , 13'ün karekökü ise 3,6 olup bu 4'e tamamlanacaktır. Yani saptanan kırıklar, kişinin hayat fonksiyonlarını AĞIR<sup>4</sup> derecede etkileyecektir. Kırıkların, hayat fonksiyonlarına etkisi açısından her bir kırığın ağırlık derecesine kılavuzda yer verilmiş olup aşağıda bir kısmı örnek olarak sunulmuştur.

#### Kafa Bölgesi:

- Kafa kubbe kemiklerinde lineer kırık<sup>2</sup>
- Kafa kubbe kemiklerinde çökme kırığı.<sup>3</sup>

- Frontal sinus dış lamina kırığı.<sup>2</sup>
- Frontal sinus iç lamina kırığı<sup>3</sup>
- Burun kemiğinde lineer kırık veya uça kopma kırığı<sup>1</sup>
- Burun kemiğinde parçalı kırık, çökme kırığı<sup>2</sup>
- Mandibulada kırık<sup>2</sup>

#### Göğüs Bölgesi:

- Klavikula kırığı<sup>2</sup>
- Kaburga kırığı<sup>1</sup>
- Sternum parçalı kırığı<sup>4</sup>
- Akromioklavikular çıkık<sup>1</sup>

#### E. Travma sonrası gelişen ruhsal bozuklukların, travma ağırlığının belirlenmesi açısından değerlendirilmesi

Yeni TCK'nun 86. maddesinin 1. fıkrasında yer alan ve suçun temel halini ifade eden "kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma" tanımı, travmanın ruhsal etkilerini de kapsamaktadır. Hazırlanan kitapçıkta "travma sonrası oluşan ruhsal zararın belirlenmesine yönelik kriterlere de yer verilmiştir. Temel yaklaşım olarak;

- Uluslar arası sınıflandırma ve tanımlama kriterlerine göre, belirgin bir psikiyatrik bozukluk tablosu kriterlerini doldurmayacak nitelikte geçici nöropsikiyatrik bulgular varsa, **kişinin sağlığı ve algılama yeteneğinin basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek derecede bozulduğu,**
- Psicotik durumlar, demanslar gibi kalıcı ve ağır tablolar hariç, psikiyatrik bir tanı ölçütü kriterlerini dolduran geçici bozukluklar varsa, **kişinin sağlığı**

**ve algılama yeteneğinin basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek derecede bozulduğu,**

- Kalıcı post konküzyonel sendrom, genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği gibi merkezi sinir sisteminin işlevlerinde kalıcı olarak zayıflama bulguları varsa, **duyu veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması niteliğinde olduğu,**
- Travmatik olaya bağlı olarak ortaya çıkan psikozlar, demans, diğer nörolojik ve bilişsel işlev kaybı ile seyreden ağır, kalıcı psikiyatrik bozukluk ve sendromlar varsa, **duyu veya organlardan birinin işlevinin yitirilmesi niteliğinde veya iyileşme olanağı bulunmayan hastalık kapsamında olduğu** söylenebilir.

Ancak, bu durumlarının varlığının adli raporlara yansıtılabilmesi için mutlaka psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. İlk değerlendirmede, ruhsal bozukluktan şüphelenilip konsültasyon istenmesi önem arz eder.

## **F. Zehirlenmelerde yaralanma ağırlığının değerlendirilmesi**

Ölümlü sonuçlanmayan zehirlenmelerde, yaralanma ağırlığının belirlenmesinde de sıkıntılarla karşılaşılacaktır. Adli rapor yazımı ile ilgili kılavuzda, buna ilişkin kriterlere de yer verilmiştir. Buna göre;

- Sadece semptomatik tedavi uygulanan,
- Gözlem süresince herhangi bir komplikasyon saptanmayan,
- Gastrik lavaj ve aktif kömür dışında tedavi gerektirmeyen olgularda yaralanma ağırlığının “Basit tıbbi müdahaleyle giderilebilecek” nitelikte olduğu söylenebilir.

Belirlenen yaşamsal tehlike ölçütlerinin bulunmadığı ancak basit tıbbi müdahaleyle giderilemeyecek ölçüde klinik bulgusu olan durumlar, “Vücuda acı veren veya sağlığın ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan durumlar” kapsamında değerlendirilebilir.

Zehirlenme olgularında “yaşamsal tehlike” ölçütleri

- a. Dozaj: Kan düzeyi tespit edilebilen bir maddenin toksik dozda olduğunun güvenilir verilere dayanarak belirlenmiş olması,
- b. Glasgow Koma Skalası değerinin 8 ve altında olması (9 ve üzerindeki değerler de kesin olarak yaşamsal tehlikenin olmadığı anlamına gelmez)
- c. Hastaya kardiopulmoner resusitasyon uygulanmış ve/veya entübe edilerek ileri yaşam desteği sağlanmış olması,
- d. Dializ, hemoperfüzyon, hemofiltrasyon, plazmaferez uygulanmış olması,
- e. Metabolik değerlendirmede: pH'nın 7,2'nin altında olması, pCO<sub>2</sub>'nin 45 mmHg'dan yüksek olması, potasyum değerinin 6.4 mEq/L'nin üzerinde veya 2 mEq/L'nin altında olması,
- f. Klinik olarak konvülsiyon olması, sistolik tansiyonun 80 mmHg'dan düşük olması, kalp ritminin sinus ritmi dışında olması belli başlı yaşamsal tehlike ölçütlerindedir.

Yaşamsal tehlike açısından yukarıda sayılan genel yaklaşıma ek olarak bazı zehirlenme türlerinde ek ölçütler de kullanılmaktadır. Örneğin;

### **Karbonmonoksit zehirlenmelerinde:**

- Hastanın ilk bulunduğu bilincin bozukluğunun olması
- HbCO düzeyinin %20'nin üzerinde olması
- Hiperbarik oksijen tedavisine ihtiyaç duyulması
- 4 saatten uzun süren oksijen tedavisine gerek duyulması
- Spesifik BT veya MR bulguları, beyin dışı organ bulguları, myokard infarktüsü, rabdomyoliz bulgularının görülmesi
- Etil alkol zehirlenmelerinde, kan alkol düzeyinin 200 mg/dl ve üzerinde olması,
- Metil alkol zehirlenmelerinde, kan düzeyinin 30 mg/dl ve üzerinde olması (80 mg/dl letaldir) halinde kişinin yaşamsal tehlike geçirdiğine karar verilir.

Ayrıca, tıbbi tedavide kullanılan ilaçların doz aşımı, mantar zehirlenmeleri ve tarım ilaçları ile zehirlenme gibi durumlarda da yaşamsal tehlike açısından özel değerlendirmeler gerekir.

Bu arada, zehirlenme olgularının tedavi sürecinde ex olabilecekleri düşünülerek, bu olgulardan tedaviye başlamadan önce kan, idrar ve mide içeriği gibi örneklerin alınıp, etiketlenerek saklanması unutulmamalıdır.

Aşağıdaki listede işlevde sürekli zayıflama ve işlev kaybı açısından bilinen belli başlı durumlar belirtilmiştir. Bununla birlikte, vücutta duyu veya organların işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesine yol açan haller sadece aşağıdaki listedekilerle sınırlı değildir.

Diş kayıpları ile ilgili değerlendirme

İşlev zayıflığı/yitimi ile ilgili olarak, en sık değerlendirme sıkıntısı yaratan durumlardan bir tanesi de diş kayıplarıdır. Kılavuzda, dişlerin çiğneme ve konuşma fonksiyonları yönünden değerlendirilmesinde her bir diş çeşidi için puanlama yapılmıştır. Buna göre; Kanin: 4,5; Kesici: 4; Premolar: 3; Birinci ve İkinci Molarlar: 3; Üçüncü Molarlar: 0,5 puana sahiptir. Kaybedilen dişlere göre toplam puan 15-30 arasında ise işlevin sürekli zayıflamasından, 30'un üzerinde ise işlevin sürekli yitirilmesinden söz edilecektir.

Kılavuza, Sağlık Bakanlığı'nın adli tabiplikle ilgili web sayfasından ([www.adlitabiplik.saglik.gov.tr](http://www.adlitabiplik.saglik.gov.tr)) ulaşmak mümkündür. Ayrıca, ilgili web sayfasında, tüm sağlık kuruluşundaki hekimlerin adli olguları değerlendirmekte kullanacağı, standart adli rapor formları ile vücut diagramları bulunmaktadır. Bu sitede formların nasıl kullanılacağı anlatılmış, önemi vurgulanmıştır. Esasen, bu formlar eksiksiz ve düzgün bir şekilde kullanıldığı takdirde, adli rapor düzenleme aşamasında sıklıkla yapılan hatalar en aza inecektir. Bilgisayar üzerinde doldurulacak formların, 3 kopya halinde çıkacak şekilde özel kağıtlara yazdırılması da mümkündür. Bilgisayar ve yazıcı olanağı bulunmayan sağlık kuruluşlarında, bu formların çoğaltılarak kullanılması yoluna gidilmelidir. Ancak, Uygulamada, formlara bir formalite gibi yaklaşıldığı, usulen doldurulduğu gözlenmektedir.

**Tablo 2: Travmaya bağlı duyu ve organların işlevinde sürekli zayıflama ve kayıp hali.**

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Kafatasında 5-25 cm <sup>2</sup> kemik eksikliği                      | İşlevde sürekli zayıflama |
| Kafatasında 25 cm <sup>2</sup> den fazla kemik eksikliği              | İşlev kaybı               |
| 50-80 dB arası işitme kaybı her kulak için                            | İşlevde sürekli zayıflama |
| 80 dB üzeri işitme kaybı her kulak için                               | İşlev kaybı               |
| Göz için ışık el hareketleri parmak sayma, 1/10-2/10-3/10 görme dahil | İşlev kaybı               |
| 4/10-5/10-6/10-7/10 görme dahil                                       | İşlevde sürekli zayıflama |
| Travmatik şaşılık   | İşlevde sürekli zayıflama |
| Akciğerler için lobektomi   | İşlevde sürekli zayıflama |
| Akciğerler için pnömoektomi   | İşlev kaybı               |
| Splenektomi   | İşlev kaybı               |
| Nefrektomi  | İşlev kaybı               |
| Terminal ileum hariç ince barsak rezeksiyonu (70-300 cm)              | İşlevde sürekli zayıflama |
| Terminal ileum hariç ince barsak rezeksiyonu (300 cm üzeri)           | İşlev kaybı               |
| Testis kaybı  | İşlev kaybı               |
| Ovaryum kaybı   | İşlev kaybı               |
| Uterusun kaybı  | İşlev kaybı               |

### G. Düzenlenen adli raporlarda sıklıkla karşılaşılan hatalar ve eksiklikler

Adli raporlarla ilgili uygulamada karşılaşılan en önemli sıkıntılardan biri, ilk değerlendirme aşamasında kesin rapor düzenlenip düzenlenemeyeceğine bakılmaksızın tüm olgulara, “geçici rapor” olarak adlandırılan ön rapor düzenlenmesidir. Bu durum hem adli tıbbi işleyişi hem de yargı sürecini yavaşlatmaktadır. Keza ön rapor düzenlenen olguların büyük bir çoğunluğunda, kesin rapor amacıyla bir adli tıp uzmanına ulaşılmaya çalışılması, hem zaman hem de iş gücü kaybına neden olmaktadır.<sup>3</sup>

Gerek pratisyen gerekse adli tıp uzmanı olmayan hekimlerce gerçekleştirilen adli tıp uygulamaları sırasında meydana gelen eksiklikler ve hatalar ile çözüm önerileri hakkında pek çok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda, yaralanmalı olgularda, yaşamsal tehlike kararı verilen raporların 1/5’inde verilen karar, adli tıbbi uygulamada kullanılan yaşamsal tehlike kriterlerine aykırı olup raporların önemli bir kısmında yara lokalizasyonu, yara özellikleri ve yara boyutunun kaydedilmediği, vücut diyagramlarının kullanılmadığı, hatta bir kısmında tarih ve saat kaydının bile olmadığı saptanmıştır. Yine Adli Tıp Kurumu’ndan rapor istenen olgularda, en çok ilk muayenedeki eksiklikler ve tüm verilerin Adli Tıp Kurumu’na ulaşmasındaki yetersizliklerin rapor sürecini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Yine, yüzde kalıcı iz açısından; ilk başvuru biriminde verilen kararlarla, Adli Tıp Kurumu’nda verilen kararlar arasındaki çelişkilerin sunulduğu çalışmalar yapılmıştır.<sup>8-14</sup>

Yaralar tanımlanırken, her yaraya “kesi” denilmesi yaygın yapılan hatalardandır. Kesici/kesici-delici alet yarası olan olgularda, yaranın bulunduğu yerden cerrahi müdahale yapılması durumunda, yara sayısı ve yara boyutunun belirlenmesi konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Birden çok penetran yarası olup ameliyat yapılan, ancak

hangi yaranın toraks ve batın içine penetre olduğunun kaydedilmediği olgularla da sık karşılaşmaktadır. Yine penetran yaralanmalı olgularda, kişilerin giysilerinin bıçak ya da ateşli silah giriş deliği bulunan bölgeden kesilerek çıkartılması ve çöpe atılması, daha sonra yara sayısı ve atış mesafesinin belirlenmesinde güçlükler neden olmaktadır. Vücudun giysili ya da giysisiz bölgelerindeki ateşli silah yaralarında, ateş mesafesi açısından ipucu oluşturabilecek bulguların ilk değerlendirme esnasında kaydedilmemesi halinde, sonradan konuyu aydınlatılabilmek neredeyse mümkün olmamaktadır.

Uygulamada karşılaşılan bir başka yanlış yaklaşım da, değişik tıp disiplinlerini ilgilendiren travma olgularında, olgunun tanı ve tedavi sürecine katılan her bir birimin ayrı rapor düzenlemesidir. Bu durumda, aynı olgu için birden fazla, çoğu kez de birbirini ile çelişkili raporlar düzenlenebilmektedir. Çelişkinin giderilebilmesi için yine zaman ve iş gücü kaybı söz konusu olmaktadır. Örneğin araç içi trafik kazası geçirmiş bir olguda, kafa frontal bölgede 2x2 cm.lik yumuşak doku şişliği, dalak perforasyonu ve sağ tibia da kırık olduğunu varsayalım. Bu olgu için, beyin cerrahisi polikliniğince “kişinin yaşamsal tehlikesinin olmadığı”, ortopedi polikliniğince “kişinin yaşamsal tehlikesinin olmadığı”, sağlığının ya da algılama yeteneğinin basit tıbbi müdahaleyle giderilemeyecek şekilde bozulduğu”, genel cerrahi polikliniğince “kişinin yaşamsal tehlike geçirdiği” şeklinde 3 farklı rapor düzenlenebilmektedir. Travmaya uğrayan kişiye ait tüm bulguların birlikte değerlendirildiği tek bir adli rapor düzenlenmelidir.

Ayrıca adli raporlarda, yaşamsal tehlike konusuyla ilgili olarak “halen hayati tehlike sürmekte”, “şimdilik hayati tehlikesi mevcut”, “hayati tehlikeye maruz bırakabilir”, “yaralanma bölgesi itibarıyla hayatını tehdit etmektedir” gibi ifadelerle sıklıkla karşılaşılmaktadır. Adli raporlarda, bu şekilde kesinlik içermeyen ifadeler kullanılması

doğru değildir. Kişinin yaşamsal tehlikesi vardır ya da yoktur şeklinde kesin ifadeler yer almalıdır. Travma sonrası erken dönemde hemen karar verilemiyor ya da tetkik gerekiyorsa, bu durum raporla bildirilebilir.

## H. Adli travmatoloji olgularında rapor düzenlenirken dikkat edilecek hususlar

Yaralanma öyküsüyle sağlık kuruluşuna gelen ve adli rapor düzenlenmesi gereken olgularda;

1. Yaraların ne tür bir travma ya da aletle meydana gelmiş olduğu
2. Kaç adet yara olduğu ve her birinin niteliği
3. Yaralanma sonucu kişide oluşan hasar ve yaralanma ağırlığının ne olduğu,
4. Kaç yaranın bulunduğu ve hangi yaraların kişinin yaşamını tehlikeye soktuğu ya da ölüme neden olduğu
5. Yaralanma ile meydana gelen hasar ya da ölüm arasında neden-sonuç ilişkisi olup olmadığı
6. Yaraların ne zaman meydana geldiği yaralanma sonrasında ortaya çıkabilecek adli problemlerin en belli başlılarıdır.<sup>15,16</sup>

Olayın ne şekilde meydana geldiği ve orijininin aydınlatılması açısından, raporların bu sorulara yanıt verecek şekilde düzenlenmesi önemlidir. Örneğin bir kavga esnasında meydana gelen bir yaralanmada sanık, elindeki bıçağı mağdura saplamak istemediğini, boğuşma esnasında mağdurun kendisinin bıçağı doğru düştüğünü veya elindeki tabancanın kazara ateş aldığını ve karşısındakinin öldüğünü iddia edebilir. Bazen bir kavgada farklı aletlerle birden fazla kişi olaya karışmış olabilir. Bu ve benzeri durumlarda, mağdurun vücudundaki yaraların lokalizasyonu, sayısı, her birinin niteliği ve vücutta oluşturduğu hasarın kaydedilmiş olması önemlidir. Çıplak vücut üzerindeki yaraları tespit etmek genellikle kolaydır ancak saçlı deri, kulak arkası, dudak mukozaları, meme altları, perine ayak tabanlarında bulunan lezyonlar gözden kaçırılmamalıdır.

Zehirlenme olgularında, olgunun daha sonra ex olması olasılığına karşı, tedaviye başlanmadan önce kan, idrar, mide içeriği gibi örneklerin alınıp saklanması oldukça önemlidir. İlk değerlendirmede kişinin bilinç durumu, bilincinin ne zaman açıldığı, yoğun bakım tedavi süreci, uygulanan tedavi yöntemi (mide lavajı, aktif kömür, diyaliz vb.), antidot kullanımı, toksik madde analiz sonuçları, karbonmonoksit zehirlenmelerinde kan karboksihemoglobin ve karboksimiyogloblin düzeyleri, hiperbarik oksijen tedavisi uygulanıp uygulanmadığı gibi hususlar, zehirlenme olgularında yaşamsal tehlike kararı açısından önem arz etmektedir. Zehirlenme olgularında, kişinin yaşamsal tehlike geçirip geçirmediğinin belirlenmesine dair temel kıstaslar da kılavuzda bulunmaktadır.

Ayrıca, adli rapor düzenleme aşamasında;

- Travmaya uğramış şahıstaki lezyonların ayrıntılı ve anlaşılır şekilde tanımlanmasına,
- Muayene bulgularının düzgün ve anlaşılır bir şekilde kaydedilmesine,
- Gerekli konsültasyon ve tetkiklerin yapılmasına,

- Ruhsal etkilenme belirtileri görülen olgularda, ruhsal değerlendirmenin atlanmamasına
- Gereksiz veya hatalı sevk yapılmamasına,
- Anlaşılır ve sade bir dil kullanılmasına, tıbbi terimlerde kısaltmalardan kaçınılmasına,
- Raporların, bir kopyası düzenleyen hekimde kalacak, bir kopyası kişiyi getiren kolluk kuvvetine, bir kopyası da muayene edilen kişiye verilecek şekilde 3 kopya halinde düzenlenmesine dikkat edilmelidir.

NOT:

**Adli Raporların Düzenlemesine Dair Kılavuz ile adli rapor formları ve vücut diagramlarına; Sağlık Bakanlığı'nun adli tabiplikle ilgili şu web sayfasından ulaşmak mümkündür:** ([www.adlitabiplik.saglik.gov.tr](http://www.adlitabiplik.saglik.gov.tr))

## Kaynaklar

1. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/451.html> erişim tarihi 05.02.2009
2. 22.09.2005 tarih ve 13292 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi. [http://www.adlitabiplik.saglik.gov.tr/include/dosyalar/00\\_gen\\_genelge.pdf](http://www.adlitabiplik.saglik.gov.tr/include/dosyalar/00_gen_genelge.pdf) Erişim tarihi 05.02.2009
3. Ketenci HÇ. Bir Devlet Hastanesinde Adli Tıp Uzmanı İstihdamına Yönelik Matematiksel Bir Model Çalışma. Uzmanlık Tezi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul-2007.
4. Adli Tıp Hizmet Modeli ve İnsan Gücü Planlaması, Adli Tıp Uzmanları Derneği-Adli Tıp Meslekte Yeterlilik Kurulu yayını, Editör Prof. Dr. Yasemin Balcı, 7 Nisan 2007 Adana.
5. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> Erişim tarihi 05.02.2009
6. Yeni Türk Ceza kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz, Balcı Y, Güzel S, Çetin G, Haziran 2005.
7. Balcı Y. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Herkes İçin Adli Tıp Cep Kitabı 2008: 203-207.
8. Çolak B, Biçer Ü, Gündoğmuş ÜN ve Etiler N. Kocaeli İlinde Adli Görev ve Pratisyen Hekimler, Adli Tıp Dergisi 2001; 15: 36-45.
9. Dokgöz H., Turtul L., Akgül E., Günaydın U., Sözen Ş. Etkili Eylemlerde Düzenlenen Adli Raporlarda Kullanılan Kavramlar ile Rapor Düzenlenmesinde Karşılaşılan Güçlükler (Bir Anket Çalışması). Yıllık Adli Tıp Toplantıları-2002 Kitabı Antalya 16-19 Mayıs 2002:137-143.
10. Ocak S, İnanıcı MA, Marmara Üniversitesi Hastanesi Acil Servisinde Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi, Yıllık Adli Tıp Toplantıları-2002 Kitabı Antalya 16-19 Mayıs 2002:152-156.
11. Günaydın U, Dokgöz H, Yanık A, Arıcan N, Sözen Ş, Etkili Eylem Sonucu Oluşan Yaralanmalarda Adli Rapor Düzenleme Sürecinin Değerlendirilmesi, Klinik Adli Tıp, 2001 (2): 16-21.
12. Eşiyok B, Balcı YG. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi'nde TCK 456. Maddesi Kapsamında Düzenlenen Adli Raporların Adli Tıp Uygulamaları ile Karşılaştırılması, Sendrom Dergisi 2002; 14 (9): 102- 110.
13. Günaydın G, Demireli O, Şahin TK, ve ark. Selçuk Üniversitesi Acil Servisi'nde Verilen Adli Raporlar ve Bunların Hayati Tehlike Kavramı Yönünden Değerlendirilmesi. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı, Dilek Ofset, İstanbul, 271-76, 1995.
14. Yavuz MF, Yavuz MS. Adli rapor standardizasyonu ve adli raporlarda görülen eksiklikler, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006; 2(50): 28-33.
15. Koç S. Adli Tıpta Rapor Hazırlama Tekniği ve Rapor Örnekleri, İçinde: Adli Tıp Cilt 3, Editörler: Soysal Z, Çakalır C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınlarından 1999: 1573-1633.
16. Çetin G. Yaralar, İçinde: Adli Tıp Cilt 1, Editörler: Soysal Z, Çakalır C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınlarından 1999: 475-523.