

Uyum Eğitimi
Eğitim Materyali
No: Dr.1

ÜÇÜNCÜ BİN YILA HAZIRLANIYORUZ

ADLİ TIP

Birinci Basamak Hekimler İçin

Dr. Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

ADLİ TIP

Birinci Basamak Hekimleri İçin

Dr. Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ

2. Basım

ANKARA-1997

Birinci Basamak Hekimleri İçin ADLİ TIP

Yazan : Dr. Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ

Editör : Dr. Osman Niyazi ÇAKMAK

Kapak ve sayfa düzeni : Dr. Osman Niyazi ÇAKMAK

1. Basım : 6000 Adet; Ankara - Ağustos, 1995

2. Basım : 3600 Adet; Ankara - Temmuz 1997

ISBN 975-7572-92-6

Bu eğitim materyali, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlere yönelik olarak, uyum eğitimlerinde kullanılmak üzere, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünce bastırılmıştır.

Basıldığı Yer: Aydoğdu Ofset

ÖNSÖZ

Sayın Prof.Dr. Zafer ÖZTEK; uyum eğitimi materyalleri arasında yer alan "SAĞLIK OCAĞI VE YÖNETİMİ" kitabının "diğer kurumlarla ilişkiler" bölümünde, birinci basamak hekiminin adli tıp ile ilgili yükümlülüğünü şu şekilde tanımlar :

"Savcılıkla ilişkiler : Sağlık ocağı hekimleri, ilçedeki adli danışmanlardır. Yani, savcı istediği takdirde, sağlık ocağı hekiminden bir adli olayda danışmanlık yapmasını, otopsiyi gerçekleştirme-sini isteyebilir. Ocak hekimi bu talebe uymak zorundadır. Ancak, hekim, ölen kişiyi tedavi etmekte olması, yada çok yakın bir akrabası olması gibi durumlarda savcıdan görev affı talebinde bulunabilir. Karar savcıya aittir."

Birinci basamak hekiminin bu derecede kaçınılmaz görevinde, ona mezuniyet sonrasında yardımcı olacak bir eğitim materyaline ihtiyaç, birinci basamak eğitimi ile ilgili yapılan her toplantıda dile gelmekte idi. Bu alanda büyük bir ihtiyacı karşılayacak, böyle yol gösterici bir materyalin ortaya çıkmasında emeği geçen herkese ve özellikle bu materyalin yazarı olan Adli Tıp Uzmanı Sayın Dr. Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ'a sizler adına özel teşekkürlerimizi sunarız.

Sizlerden gelen talep ve bizlerin adli tıp hizmetini algılayabildiğimiz boyutu kadarıyla kaleme alınan bu materyal, yine sizlerin ileteceğiniz değerli eleştiri ve değerlendirmeleri ile bundan sonraki basımlarında hizmete ve ihtiyaca daha uygun hale geleceğini hatırlatarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak ve almakta olan meslektaşlarımıza yararlı olacağına inanıyor ve çalışmalarında başarılar diliyoruz.

Dr. Cihanser EREL
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürü

Dr. Haluk ÖZSARI
Sağlık Projesi
Genel Koordinatörü
Müsteşar Yardımcısı

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|----|
| GİRİŞ..... | 1 |
| BÖLÜM I - GENEL YAKLAŞIM..... | 2 |
| ADLİ OLAYLARA GENEL YAKLAŞIM..... | 2 |
| ADLİ RAPORLARA GENEL YAKLAŞIM..... | 2 |
| Darp ve Cebir Belirtisi..... | 4 |
| Hayati Tehlike..... | 5 |
| Mutad İştigale Engel Olma..... | 7 |
| Çehrede Sabit Eser | 8 |
| BÖLÜM II - ADLİ RAPORLAR..... | 10 |
| ALKOL RAPORLARI | 10 |
| FARİK VE MÜMEYYİZ RAPORLARI | 11 |
| CİNSEL SUÇLAR SONRASI DÜZENLENMESİ GEREKEN BAZI RAPORLAR | 12 |
| Kızlık Zarı Raporları | 12 |
| Fiili Livata Raporları | 13 |
| RAPOR ÖRNEKLERİ | 15 |
| BÖLÜM III - ÖLÜMLER | 18 |
| ÖLÜ MUAYENESİ | 18 |
| Otopside Özel Durumlar | 19 |
| Histopatolojik ve Toksikolojik Parça Alımı | 19 |
| ÖLÜM ZAMANININ TESBİTİ..... | 21 |
| ADLİ NİTELİK TAŞIYAN BAZI ÖLÜM OLAYLARININ İRDELENMESİ..... | 22 |
| Ası | 22 |
| Suda Boğulma..... | 23 |
| Kesici-Delici Alet Yaralanmasına Bağlı Ölümler | 24 |
| Kesici-Ezici Alet Yaralanmasına Bağlı Ölümler | 24 |
| Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Ölümler | 24 |
| ÇOCUK ÖLDÜRME (İNFANTİSİD)..... | 27 |
| SONUÇ..... | 30 |
| YARARLANILAN KAYNAKLAR..... | 31 |
| EK-1: ADLİ RAPOR FORMU | 32 |

| | |
|---|----|
| EK-2: ADLİ TIP UYGULAMALARINDA; MUTAD İŞTİGAL, HAYATİ TEHLİKE, UZUV ZAAFI, UZUV TATİLİ VE ÇEHREDE SABİT ESER SAPTAMALARI İÇİN KULLANILAN LİSTE | 33 |
|---|----|

GİRİŞ

Pratisyen hekimlerin adli tabiblik görevleri sırasında bazı zorluklarla karşılaştıkları bilinen bir gerçektir. Tıp fakültelerinde verilen adli tıp eğitiminin çeşitli nedenlerle yetersiz olmasının yanısıra, hekimlere mevzuat konusunda yeterli bilgi iletilmemesi, ani ve doğru karar verebilme kaygısı, otopsi ve adli vakaların niteliği nedeniyle gösterilen isteksizlik de bu konuda rol oynayan başlıca faktörlerdir.

Pratisyen hekimlerden, tüm tıbbi görevleri sırasında olduğu gibi adli görevleri sırasında da ortalama bilgi düzeyindeki bir pratisyen hekimden beklenen ortalama özeni göstermeleri beklenmektedir. Bu nedenle adli tabiblik uygulamaları sırasında ılımlı bir şüphecilik ve tedirginlik içinde olunmalı, olay asla obsesyon düzeyine getirilmemelidir.

Adli tıpla ilgili kavramların ilgili oldukları kanun maddeleri ile verilmesi en ideal yol olmakla birlikte pratikte anlama zorlukları yaratarak Öğrenilenlerin kalıcı olmasını zorlaştırdığı görülmüştür. Bu nedenle pratisyen hekimlerin karşılaştıkları adli tıpla ilgili bölümler olabildiğince seçici davranılarak ve kanun maddelerinden arındırılarak kısa bölümler halinde verilmiştir. Buradaki amaç, bir adli tıp kitabı özeti hazırlama olmayıp, uygulamada sıklıkla görülen zorlukların aşılmasına yönelik pratik bilgilerin verilmesidir. Her adli olay sonrası oluşabilecek problemlerin çok çeşitli olduğu ve adli tıbbın geniş bir alanı ilgilendirdiği düşünülürse hazırlanan bölümlerin eksik yanlarının olacağı muhakkaktır. Eksik kalan ve ayrıntılı bilgi için hemen hemen her pratisyen hekimde bulunan adli tıpla ilgili kaynakların yeterli olacağı ve söz konusu hususlara araştırmacı bir kimlikle yönelmesinin öğrenilenlerin daha da kalıcı olmasını sağlayacağı düşüncesiyle bu bölümler hazırlanmıştır.

BÖLÜMİ

GENEL YAKLAŞIM

ADLİ OLAYLARA GENEL YAKLAŞIM

İnsanın etkilendiği tüm adli olaylarda insan organizmasını en iyi bilen konumunda bulunan hekimlerden bilirkişi olarak yararlanılır. Bu nedenle hekimler, mesleki yaşamlarının her döneminde adli olaylar sonrası oluşan durumlar için bilirkişilik yapmak, rapor düzenlemek durumunda kalabilirler.

Adli olaylara yaklaşımdaki temel kriter, işlenen suçun niteliğini, derecesini tıbbi bulgularla saptamak ve suça uygun cezanın verilebilmesini sağlamaya yardımcı olmaktır. Hekim gerek suçtan zarar görenleri, gerek suçlu konumundakileri olabildiğince değerlendirmeye çalışmalı, ortamdaki delilleri en iyi biçimde toplama kaygısı içinde olmalıdır. Ülkemizdeki sosyo-kültürel yapı farklılıkları, teknik olanaksızlıklar bu konudaki çabaları güçleştirebilmektedir. Bu nedenle her hekim içinde bulunduğu konuma uygun bir yaklaşım göstermeli, yetki ve sorumluluklarını iyi analiz etmeli, gerekirse bunları paylaşmalıdır.

ADLİ RAPORLARA GENEL YAKLAŞIM

Adli nitelik taşıyan olaylarda (kaza, darp, intoksikasyonlar, vs.) ilk saptanan bulgular poliklinik defterine kaydedilmeli ve durum zaman geçirmeden adli birimlere bildirilmelidir. Bildirim (ihbar) işlemi eğer bildirim yapılan kişi hakkında herhangi bir koğuşturmayı gerektirecekse, hekim bildirimde bulunmayabilir.

Adli rapor isteyen birimin istek yazısında (müzekkeresinde) ne istendiği dikkatlice okunmalıdır. Sorulan sorulara cevap verilmesi yeterlidir.

Adli rapor için muayeneye gönderilen kişinin rapor istenen kişi olup olmadığı araştırılmalıdır. (resimli kimlik belgesinin görülmesi, sol kolun mühürlü olması, güvenlik kuvvetlerince getirilmiş olması vs.)

Özellikle güvenlik kuvvetlerince gözlem altına alınmadan önce veya gözlem altına alınma süresi sonunda getirilen kişilerin muayenesinde Ek l'de verilen adli rapor formu kullanılmalı ve formda belirtilen hususlara titizlikle uyulmalıdır. Ayrıca bu formdan uygun bulunan her adli olayda yararlanılabilir.

Raporlar olabildiğince yabancı, özellikle latince kelimelerden arındırılmalıdır. Yazılanların bir epikriz değil, hakim ve savcılara yönelik bir rapor olduğu unutulmamalıdır. (Fraktür, fissür, kranium yerine; kırık, çatlak, kafatası gibi)

Rapor düzenlemeden önce ayrıntılı bir adli anemnez alınmalıdır. (Olayın oluş şekli, zamanı, varsa ne gibi aletlerin kullanıldığı vs.) Alınan anemnez ile bulgular arasında çelişki olduğu durumlarda daha detaylı araştırma, muayene ve konsültasyon istenebilir.

Tesbit edilen lezyonlar tüm ayrıntıları ile tanımlanmaya çalışılmalıdır. (Yara dudaklarının özelliği, lezyonun boyutu, ekimozların rengi vs.)

Ayrıca sistemik muayene de yapılmalı ve bulgulara raporun giriş bölümünde kısaca değinilmelidir.

Çalışılan birimin olanakları ölçüsünde tüm yardımcı tanı yöntemlerinden yararlanılmalı ve patolojik bulgu saptanmasa bile

raporda bu husus belirtilmelidir. (Çekilen 3805 prot. nolu iki yönlü kafa grafisinin tetkikinde patalojik bulgu saptanmadı gibi)

Kişilerin maruz kaldıkları travmalar sonrası bu travmanın varlığını ve derecesini saptamak için hekimlerden adli rapor istenebilir. Bu raporlar; daha sonra kesin rapora dönüştürülmek üzere geçici rapor şeklinde düzenlenebildiği gibi, tüm veriler elde edilmişse kesin rapor tarzında da düzenlenebilir. Hekimlerden genellikle istenen; kişilerde darp ve cebir belirtisi olup olmadığı, oluşan lezyonların şahsın hayatını tehlikeye maruz kılıp kılmadığı ve kaç gün mutad iştigaline (iş ve gücüne) engel teşkil edeceği hususlarının tesbitidir.

Darp ve cebir belirtisi:

Darp ve cebir belirtisi olup olmadığının tesbiti genellikle güvenlik kuvvetlerince gözlem altına alınmadan önce veya gözlem süresi bitiminde şahısların sorgulama sırasındaki durumunu belirlemek için gerekebilir. Ayrıca herhangi bir adli olaya karışmış sanık veya mağdur konumundaki kişiler içinde istenebilir.

Darp ve cebir belirtisi saptanmasında kişilerin beyanına güvenerek hareket edilmemelidir. Şahıs, yalnız ve tamamen soyularak muayene edilmeli, lezyonların niteliği, özellikle iyileşme süreci belirtileri (yara çevresinin durumu, üzerinin kurutlu olup olmaması, ekimozların rengi vs.) ve oluştuğu iddia edilen fonksiyonel değişiklikler değerlendirilmeli, bulgular kayda geçirilmelidir. Oluştugu iddia edilen patalojilere yönelik yardımcı tanı yöntemlerinden yararlanılabileceği gibi, konu ile ilgili konsültasyonlar da istenebilir.

Raporda belirtilen bulguların iddialar doğrultusundaki yorumu, adli soruşturma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesiyle adli yetkililer tarafından yapılır.

Hayati Tehlike:

Travma sonucu doğrudan bu travma ile derhal veya kısa süre içinde kişinin vücudunda ölüme yol açabilecek nitelikte lezyonların meydana gelmesi hayati tehlike olarak tanımlanır.

Hayati tehlike oluşturan başlıca lezyonlar şunlardır:

1- Kafa Bölgesi:

- Kafatası kubbe ve kaide kemiklerinin fissür, lineer ve çökme kırıkları.
- Kafa travmalarında kommosyo eşliğinde uzun süren bilinç kaybı, kontüzyoserebri, kaide kırıklarını belirten kulak - burun kanaması, kanlı BOS ve lateralize edici bulgular, intrakranial, intraserebral kanamalar.
- Ethmoid kırık ve kompresyonu.
- Mastoid fissür, fraktür ve çökme kırıkları.
- Frontal sinüs dış+iç lamina kırığı.
- Orbitayı çevreleyen frontal, ethmoid ve sfenoid kemiklerin fissür, fraktür ve çökme kırıkları.
- Optik sinirin kranium içinde kopması

2- Göğüs Bölgesi:

- Göğüse penetran yaralanmalar (organ lezyonu olmasa da)
- Sternum kırığı eşliğinde kalp-akciğer lezyonu
- Kosta kırığı eşliğinde akciğer, mediasten lezyonları
- Akciğer laserasyonuna bağlı açık- kapalı cilt altı amfizemi
- Pnömotoraks, hemotoraks, hemo-pnömotoraks
- Akciğerde lobektomi ve pnömektomiye yol açan lezyonlar
- Hemoperikard, kalp tamponadı

3- Batın Bölgesi

- Batına penetran yaralanmalar (organ lezyonu olmasa da)
- Batın organlarında laserasyon (peritoneal-retroperitoneal)
- Parasentezde kan gelmesi
- Penis, glans ve korpusun amputasyonu

4- Diğer

- Medulla spinalisin travmatik lezyonu ile birlikte olan vertebra korpus kırığı
- Büyük damar kesileri
- Geniş doku ezilmeleri

-Geniş 2., 3. derece ve kömürleşme derecesindeki yanıklar

Hayati tehlike meydana gelip gelmediğini saptamak için, ayrıntılı klinik muayene ve yardımcı tanı yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Yukarıda belirtilen lezyonlar, varolduğu söylenen hayati tehlikenin gerekçesidir. Hayati tehlikeyi belirleyici lezyon saptaması yapmadan, yani gerekçesiz olarak, "Hayati tehlikeye maruz kalmıştır" şeklinde kanaat belirtilmemelidir. Kesin kanaat oluşmadığı durumlarda, şahıs bir süre gözlem altına alınabilir.

Hayati tehlikeyi olanakların yetersizliği nedeniyle yanlış değerlendirme -kişi hayati tehlikeye maruz kalmış iken maruz kalmadığının bildirilmesi gibi- ilgili hekimi sorumlu kılmadığı halde kişinin hayati tehlikeye maruz kaldığının bilindiği halde hayati tehlikeye maruz kalmadığının bildirilmesi hekimi sorumlu kılar.

Kişinin hayati tehlikeye maruz kaldığı tam olarak saptanmadan raporda hayati tehlikeye maruz kaldığının belirtilmesi, sanık durumundaki şahıslar için adaletsiz bir uygulamaya (tutuklama gibi) neden olabilmektedir. Bu nedenle hayati tehlike kavramı çok iyi analiz edilmeli, saptamalar varsayımlara dayandırılmamalıdır.

Mutad İştigale Engel Olma (İş ve Güçten Kalma)

Bu kavram yaş, cinsiyet, meslek ayırımı yapılmaksızın kişilerin günlük alışlagelmiş işlerini kapsar. Bir bebeğin mama yemesi, bir kişinin uyuması, traş olması, çalışması gibi. Uygulamada mutad iştigalin eşdeğeri olarak kullanılan "iş ve güçten kalma" deyimini ise kelime anlamı ile değerlendirildiğinde bazı karışıklıklara neden olmaktadır. Oluşan bir ekimoz veya sıyrığın

kişinin iş ve gücüne engel olmayacağı açık olmakla birlikte, günlük işlerinde belirli bir süre rahatsızlığa neden olacağı aşikardır. Oluşan lezyonun kaç gün rahatsızlığa neden olacağı tespit edilerek gün belirtimi bu çerçevede yapılmalıdır. Rahatsızlık hissi kaybolduktan sonra bir süre daha iyileşme süreci devam eder. Bu nedenle iyileşme süresi genellikle mutad iştigalden fazla olmaktadır. İyileşme süresinin ceza davaları açısından fazla değeri olmaması nedeniyle mahkemece sorulmadıkça belirtilmesine gerek yoktur.

Çehrede Sabit Eser

Adli tıp yönünden çehre, saçlar dökülmüş olsa bile alın saçlı deri sınırı, yanlarda kulak sayvanı ön yüzü ve kenarları, kulak memesi, aşağıda çene alt kenarını kapsayan yüz bölümüdür. Bu bölgede oluşan travmatik lezyonların çehrede sabit eser niteliğinde olup olmadığı hususunun tespiti istenebilir. Bir lezyonun çehrede sabit eser niteliğinde olabilmesi için kalıcı nedbenin yaklaşık 6 metre uzaklıktan şahsa ilk bakıldığı anda fark edilmesi gerekir. Ancak yaranın iyileşmesi ve son şeklini alarak çevre dokularla uyumunu sağlayabilmesi için bir süre beklemekte yarar vardır. En ideal süre yaklaşık 6 aydır. Bu nedenle hayati tehlike ve mutad iştigal saptamaları yapıldıktan sonra çehrede sabit eser açısından şahsın 6 ay sonra muayene edilmesi gerektiği raporda belirtilebilir. Ancak bu husus sadece çehrede sabit eser niteliğinde olabilecek lezyonlar için uygulanmalıdır. Çehrede oluşan ve o haliyle bile sabit eser niteliğinde bulunmayan lezyonlar için 6 ay sonra muayene kaydı konulmasına gerek yoktur. Rahatlıkla lezyonun çehrede sabit eser niteliğinde olmadığı raporda belirtilebilir.

Ayrıca TCK 456. maddesi hükmünde yer alan uzuv zaafı, uzuv tatili, akli ve bedeni hastalık, vaktinden önce çocuk doğumu, kati

veya muhtemel surette iyileşmesi kabil olmayacak akıl ve beden hastalığı, el ve ayaklardan birinin kaybı, söz söyleme kudreti kaybı, çocuk yapma kaybı, azadan ve havastan birinin tatili, çehrenin daimi değişikliği, düşüğe sebep olma gibi kavramlar pratisyen hekimlerin sıklıkla karşılaştığı, genellikle kesin rapor düzenlenmesi sırasında ve uzmanlık isteyen tıbbi tedaviler sonrası raporlarda değinilmesi gereken hususlardır. Nadiren de olsa pratisyen hekimlerden sorulabilecek bu hususlar için eldeki kaynaklardan yararlanılabilir.

Günümüz uygulamalarında hayati tehlike, mutad iştigal, uzuv zaafı, uzuv tatili, çehrede sabit eser saptamaları için kullanılan liste Ek 2'de sunulmuştur. Mutad iştigale engel olma süresi ortalama bir ölçü olarak verilmiştir. Ana prensiplerden ayrılmamak şartı ile düzenlenen listedeki rakamlarda azaltma veya çoğaltma yapılabilir. Birden fazla lezyon olduğu durumlarda en fazla mutad iştigale engel teşkil eden lezyon baz alınmalı ve mutad iştigal belirtimi o lezyona göre yapılmalıdır.

BÖLÜM II

ADLİ RAPORLAR

ALKOL RAPORLARI

Alkol raporları genellikle trafik kazaları sonrası veya toplum düzenine aykırı hareketlerde bulunan şahısların durumunu saptamak için istenebilir.

Kişinin genel görünüşü, yüzdeki hiperemi, hareketlerde koordinasyon bozukluğu, reflekslerde bozulma ve gecikme, konuşmada peltekleşme, yürüyüşün zigzag tarzında ve düzensiz oluşu, ayakta durmakta zorluk, ellerin titremesi, nefeste alkol kokusunun bulunuşu, davranış bozuklukları; alınan alkolün miktarına göre kişilerde bulunması beklenen bulgulardır. Kişilerde saptanan bulgulara raporda değinilmeli ve hangi bulgulara göre kişinin alkollü olduğu kanaatine varıldığı belirtilmelidir. Ayrıca bulunabildiği takdirde alkolometre ile de alkol düzeyi saptanabilir. Muayene ile karar verilemediği durumlarda ise kişiden kan alınarak ilgili adli yetkililere durum bir raporla bildirilir ve alınan kanın analiz edilmesi sağlanabilir. Alınan kanın yaklaşık 15 cc olması ve iki şişeye bölünmesi uygun olur. Ayrıca alkol oranının doğru tespiti için katkı maddesi olarak sodyum florür temin edilmesine çalışılmalı ve her şişeye 3 santigram konmalıdır. Sodyum florür bulunamadığı durumlarda alınan kan örnekleri zaman geçirmeden inceleme merkezine gönderilmeli, bu konuda adli yetkililer uyarılmalıdır.

Rapor düzenlenmesi sırasında muayene edilen kişinin rapor istenilen kişi olup olmadığı titizlikle araştırılmalı, muayene veya kan alınma saati belirtilmelidir. Raporun sonuç bölümünde saptanan bulgulara değinilerek kişilerin alkollü olup olmadıkları,

toplum düzenini bozucu bir olay söz konusu ise, buna ek olarak aşikar sarhoş olup olmadıkları da belirtilmelidir.

Bazı durumlarda kişilerin uyutucu, uyuşturucu madde alıp almadıklarının tespiti istenebilir. Bu durumda da kişiden yaklaşık 15 ml kan ve 30-50 ml kadar idrar alınarak inceleme merkezine gönderilmelidir. Örneklerin ikiye bölünmesi, ağzı kapalı tüplere konulması uygundur. Ağzı kapalı tüp veya şişe bulunmadığı durumlarda plastik enjektörlerden de yararlanılabilir.

FARİK VE MÜMEYYİZ RAPORLARI

Bu kavram 12 yaşın içinde, 15 yaşını bitirmemiş çocukların yaptıkları suç teşkil eden hareketlerin sonuçlarını, yani hareketlerinin toplumsal bir zarar oluşturup oluşturmadığını, yürürlükteki hukuki kurallara aykırı olup olmadığını bilip bilmediklerinin araştırılmasını kapsar. Basit olarak bu yaş grubundaki çocukların işledikleri bildirilen suçun, suç olup olmadığını bilip bilmedikleri araştırılmalıdır.

Yürürlükteki yasalara göre, 12 yaşına kadar çocukların cezai sorumluluğunun bulunmadığı, 16 yaşından itibaren de farik ve mümeyyiz oldukları kabul edilmiştir. Bu nedenle muayeneden önce çocukların 12-15 yaş grubuna girip girmedikleri belirlenmelidir.

Muayenede, çocukta psikiyatrik bir sendrom, zeka geriliği olup olmadığı araştırılmalı, suçun türü, işleniş şartları, yaşanan sosyal çevre, örf ve adetler, eğitim düzeyi gibi unsurlar da incelenerek bir görüş bildirilmelidir. Hekim, kendisini asla yargıç yerine koymamalıdır. Olayda çocuğun suçlu olup olmadığı değil, o suçun bilincinde olup olmadığı araştırılmalıdır. Muayene

sırasında suçun işlenmediği kanaatinin oluşması, o suçun bilincinde olunmadığı, dolayısıyla farik ve mümeyyiz olunmadığı anlamına gelmemelidir.

CİNSEL SUÇLAR SONRASI DÜZENLENMESİ GEREKEN BAZI RAPORLAR

Kızlık Zarı (Himen) Raporları:

Kızlık zarı muayeneleri ve sonrasında rapor düzenlenmesi sadece ilgili adli birimlerden gelen istek üzerine yapılmalıdır. Aile veya okul müdürleri gibi unsurlar tarafından yapılan istekler geri çevrilmeli, kişinin rızası mutlaka alınmalıdır.

Muayene mümkünse jinekolojik bir masada yapılmalı, labium majorlar yanlardan gazlı bezle tutulup yukarı ve öne çekilerek himen gergin ve görünür hale getirilmelidir. Muayene sırasında sabit bir ışık kaynağından yararlanılmalı, bulgular saat kadranına göre tarif edilmelidir.

En sık rastlanan kızlık zarı çeşidi halka şekilli (anüler) olanıdır. Lümenin çapı çeşitli boyutlarda olmakla birlikte % 10-15 civarında erektil penisin girişine uygun olabilir. Geniş lümenli, ince ve elastik kenarlı, doğal çentiği (sülmesi) bulunan kızlık zarları muayenesinde daha fazla özen gösterilmelidir. Doğal çentiklerle eski yırtıkların karışabilmesi, lümenin erektil penis girişine uygun olması, görüş bildirirken bazı zorluklara neden olabilir.

Himen lümeninin erektil bir penisin girişine uygun olmadığı durumlarda zar genellikle arka kadranda (saat kadranına göre 3-6-9) seviyelerinden yırtılır. İlk günler kırmızı olan yırtık

kenarlarında yırtık çevresi ödemli görünür. Ekimoz oluşabilir. 3. güne doğru iltihaplanma, 5-6. güne doğru mukozal rejenerasyon başlar, ekimoz ve ödem genellikle kaybolur. 7. ve 10. gün civarında yırtılma karakterlerinin kaybolmasıyla yırtık kenarları çevre mukozayla aynı görünümü alır. Bu nedenle koitus'tan 10 gün sonra yapılan muayenelerde zaman tesbiti yapmak hemen hemen olanaksızdır. Bu tür durumlarda, muayene tarihinden 10 gün önceki bir tarihte kızlık zarının yırtılmış olduğu, zamanın tıbben kesin olarak saptanamayacağı raporlarda belirtilebilir.

Doğal çentikler genellikle vajen duvarına kadar inmezler. Çentik bitim yerlerinde nedbe dokuları bulunmaz. Eski yırtıkların bitim yerlerinde ise nedbe dokusu oluşur ve yırtık genellikle vajen duvarına kadar iner. Oluşan nedbe sedefi renkte bir görünüm verebilir.

Geniş lümenli elastik zar yapısına sahip himenlerde cinsel ilişki gerçekleşmesine rağmen anatomik yapılarda değişme olmayabilir. Bu tür durumlarda sperm aranması için vajinal frotti alınabileceği gibi, raporda kişinin anatomikman bakire olduğu da belirtilebilir.

Tecavüz iddialarının bulunduğu durumlarda vücudun tümünde zor kullanma belirtileri (ekimoz, sıyrık, vs.) araştırılmalı ve bulunanlar raporda belirtilmelidir.

Fiili Livata Raporları

1. Akut Fiili Livata:

Akut fiili livatanın en önemli bulgusu anüs çevresindeki mühür tarzındaki ekimozdur. Bazı kişilerin anüs çevrelerinin esmer renkli olup ekimozla karışabileceği unutulmamalı ve bu tür bir

şüphede ekimozun iyileşme süreci gözönüne alınarak 4-5 gün sonra yeni bir muayene yapılmalıdır.

Özellikle küçük çocuklarda ve eyleme direnç gösterenlerde anüs pilileri doğrultusunda kanamalı çatlak ve yırtıklar oluşabilir. Tüm lezyonların kaybolduğu eski vakalarda anal pililer doğrultusundaki beyaz renkli yırtık nedbeleri önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bütün bu bulguların yanısıra yeni vakalarda sperm aranması için anal frottide alınabilir.

Hiperemi, ödem, fissürlerin varlığı akut fiili livatanın kesin bulguları değildir. Başka bir çok etmene bağlı oluşabilir. Bu nedenle sadece bu bulgularla fiili livata saptaması yapılmamalıdır.

Akut fiili livata zor kullanım ile birlikte olabileceğinden tüm vücutta buna yönelik travmatik bulgular aranmalı ve bulunanlar raporda belirtmelidir.

2. Kronik Fiili Livata:

Uzun süreli fiili livata uygulamalarına kronik livata denmektedir. Sifinkter direncinin bozulması, anüs pililerinin silinip düzleşmesi, kaygan ve nemli bir hal alması kronik livata vakalarında görülebilen bulgulardır. Ancak ayrımı adli soruşturma ile birlikte yapılmalı gerekirse çeşitli konsültasyonlar istenmelidir.

Akut ve kronik fiili livataların tespiti her zaman kolaylıkla yapılamaz. Anüsün anatomik yapısı bundaki en büyük etmendir. Fiili livata gerçekleşmiş olmasına rağmen, eylem sırasında korkutarak direncin kırılması, bunun yanısıra kaygan bir madde

kullanılması durumunda, kişide hiçbir tıbbi bulgu saptanamayabilir. Bu nedenle, muayeneden sonra fiili livata bulguları bulunmadığı durumlarda fiili livatanın tıbbi bulgularının (maddi delillerinin) tespit edilmediği, hangi durumlarda bu bulgulara rastlanmayabileceği açıklanıp, olayın adli soruşturmayla aydınlanabileceği belirtilmelidir.

RAPOR ÖRNEKLERİ

Rapor düzenlenirken Ek:l'de verilen Adli Rapor Formundan yararlanılabilir. Aşağıda verilen bazı rapor örnekleri bu formun muayene bulguları ve sonuç bölümünü kapsamaktadır.

* yapılan muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, koopere olduğu, kafada oksipital bölge sağda 3 cm uzunluğunda, sağ kaş dış yanda 2 cm uzunluğunda raddi yara, sağ göz altında kırmızı renkli ekimoz, her iki el sırtında ve kollarda çeşitli boyutlarda yüzeysel sıyrıklar tespit edildi. Çekilen 4517 prot nolu iki yönlü kafa grafisinin tetkikinde patolojik bulgu saptanmadı. Yaralar sütüre edildi ve kişi bir süre gözlem altına alındı. Yeniden yapılan muayenede sistemik ve nörolojik patoloji tespit edilmedi.

Sonuç: Kişide tespit edilen lezyonların; şahsın hayatını tehlikeye maruz kılmadığı, 7 (Yedi) gün mutad iştigaline engel teşkil eder nitelikte olduğunu bildirir kati rapordur.

*yapılan muayenesinde sol kaş dış yandan ağız soluna uzanan yaklaşık 5 cm uzunluğunda cilt-cilt altını ilgilendiren kesi saptandığı, tespit edilen lezyonun şahsın hayatını tehlikeye maruz kılmadığı, 7 (Yedi) gün mutad iştigaline engel teşkil eder nitelikte olduğu, çehrede sabit eser açısından şahsın 6 (altı) ay sonra yeniden muayenesinin uygun olduğunu bildirir rapordur.

* yapılan muayenesinde eksite olan şahısta geveleyerek konuşma, yalpalayarak yürüme ve nefeste alkol kokusu saptandı.

Sonuç: Kişinin alkollü olup, aşikar sarhoş olduğunu bildirir rapordur.

* yapılan muayenesinde kızlık zarı halka şekilli olup, saat kadranına göre 5-7 seviyesinde vajen duvarına kadar inen, yüzeyleri kırmızı, çevresi şiş ve ekimozlu yırtıklar tespit edildi. Vücudunda darp ve cebir belirtisine rastlanmadı.

Sonuç: Kişinin kızlık zarının yırtılmış olup, bakire olmadığını bildirir rapordur. (Sorulduğu takdirde olayın oluş zamanı hakkında yorum yapılabilir.)

* yapılan muayenesinde kızlık zarı halka şekilli, açıklığı(lümeni) erektil penisin girişine uygun, zar yapısı ince ve saat kadranına göre 3, 6 seviyesinde vajen duvarına kadar inmeyen doğal çentikler saptandı.

Sonuç: Şahsın kızlık zarı yırtılmamış olup, anatomikman bakire olduğunu bildirir rapordur.

* yapılan anal muayenede anüs görünümü normal olarak değerlendirildi. Vücutta darp ve cebir belirtisine rastlanmadı.

Sonuç: Kişide fiili livatanın tıbbi bulgularının (maddi delillerinin) saptanmadığını bildirir rapordur.

*'nın kimlik belgesinin incelenmesi sonucu 12 yaşının içinde bulunduğu, yapılan muayenesinde çocukluk dönemi psikiyatrik sendrom bulgusu, zeka geriliği saptanmadığı, tarihinde işlediği bildirilen suçunun savunma ve

tartışmasını yapabildiği saptanmış olup, tarihinde işlediği iddia edilen suçunun farik ve mümeyyizi olduğunu bildirir rapordur.

BÖLÜM III

ÖLÜMLER

ÖLÜ MUAYENESİ

Hekimler hangi statüde çalışırsa çalışsın ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı düzenlemek zorunda kalabilirler.

Ölüm nedeni hakkında yeterli veriler elde edilmiş ve ölüm nedeni belirlenmişse cesedin defnedilmesine izin verilir. Ölüm adli bir nitelik taşıyorsa (kaza, cinayet, intihar, zehirlenme vs.) CMUK ilgili hükümlerince olay adli makamlara bildirilir. Defin izni, ancak bir dizi işlemten sonra ilgili adli birimce bilirkişi hekimin de katılımıyla düzenlenen bir tutanakla verilir.

Adli nitelik taşıyan veya böyle bir olasılık düşünülen ölümlerde bilirkişi hekim ya da hekimler cesedin muayenesini yaparlar. Tıbbi muayene sonrası ölüm nedeni ve ölüme etkili faktörler açıkça belirlenebiliyorsa otopsiye gerek duyulmayabilir. Ölü muayene tutanağı düzenlenerek defin izni verilir. Dış muayene ölüm nedeni hakkında yeterli ve inandırıcı bilgi vermiyor ise otopsi zorunludur. Otopsi için gereken teknik donanım ve otopsi yardımcısı ilgili adli birimler tarafından sağlanır.

Otopsiler kesinlikle baş, göğüs ve batin boşluklarının açılması ile yapılmalıdır. Yasalarla zorunlu hale getirilen bu şart, ölümden rolü bulunan, yargılama sürecinde ortaya çıkabilecek her türlü soruya cevap verilebilmesi amacını taşır. Otopsi işlemine başlamadan önce dış muayene yapılır, bulgular kayda geçirilir. Daha sonra sırasıyla baş, göğüs ve batin boşluğu açılarak gerekli işlemler yapılır. Açılma sırası gerek görülürse hekim tarafından

değiştirilebilir. Ayrıca olayın özelliğine göre medulla spinalis, orta kulak, testisler, ekstremitelerde incelenebilir.

Otopside Özel Durumlar:

Açıkta kalan kokuşmuş, suda uzun süre kalmış veya mezardan çıkarılmış ceset otopsileri de aynı şekilde yapılır. Vücut bütünlüğü bozulmuş ise, olabildiğince kalan dokulardan yararlanılmaya çalışılır, kemikler, kıllar, tırnaklar inceleyebilir, toksik madde analizi için doku örnekleri alınabilir. Özellikle çamurlaşmış cesetlerden toksik madde aranması için örnek alınmış ise, mezarın dört bir yanında yaklaşık birer metre uzaklıkta derince çukurlar açılarak bir miktar toprak alınmalıdır. Bu işlem cesette toksik madde olmadığı halde, gömülü olduğu toprakta toksik madde olma olasılığı gözönüne alınıp, bu hususun tespiti için yapılmalıdır.

Yeni doğmuş çocuk otopsilerinde, çocuğun canlı doğup doğmadığı, yaşama yeterliliğine sahip olup olmadığı özellikle araştırılmalıdır. (Bkz. İnfanticid)

Histopatolojik ve Toksikolojik Parça Alımı:

Histopatolojik ve toksikolojik parça alımında en ideal tespit solüsyonu %10'luk formüldür. Piyasada genellikle %40'luk formları bulunan likit formal suyla dilüe edilerek %10'luk hale getirilir. Parçalar inceleme merkezlerine gönderilme amacıyla alındıklarından, yol koşulları gözönüne alınarak yaklaşık 1 lt'lik plastik, vidalı kapaklı kavanozlar temin edilmelidir. Bu ihtiyaçlar çalışılan bölgenin Cumhuriyet Savcılığında daha önce talep edilerek alınması sağlanmalı ve otopsi işlemleri sırasında da hazır halde bulundurulmalıdır.

Histopatolojik örnekler patognomonik belirti vermesi gereken yerlerden karakteristik lezyonlardan alınmalıdır. Organların bütün halde konulması tespit solüsyonunun işlevini tam olarak yapamamasına dolayısıyla dokuların hücresel özelliklerinin bozulmasına neden olabilir. Parçalar çok kalın olmamalı, 1 ila 2 cm arasında dilimler halinde tesbit solüsyonuna konmalıdır.

Özellikle zehirlenme şüphesi olan vakalarda ölü muayenesi ve otopsi bulguları ile ölüm nedeni kesin olarak saptanamaz. Bu nedenle zehirlenme olaylarından sonra oluşan ölümlerde mutlaka iç organ parçaları, kan, idrar, mide içeriği alınarak analiz için inceleme merkezlerine gönderilmelidir. Toksikolojik örnek için, ağız kapaklı bir tüpe, kan ve mesanede bulunabiliyorsa mutlaka idrar alınmalıdır. Ayrıca, beyin, kalp, akciğer örnekleri bir kavanoza; karaciğer, dalak, böbrek ikinci kavanoza; mide barsak parçaları diğer bir kavanoza konulur. Mide; duodenum ve pilordan bağlanarak içindekilerle birlikte alınabileceği gibi, mide içeriği ayrı bir kavanoza da konulabilir. Örnekler ne çok az, ne de çok fazla olmalıdır. Genellikle 1 kg civarındaki toplam yeterlidir. Bazı vakalarda (ağır metal zehirlenmeleri vs.) saç, kemik, tırnak gibi örnekler de analiz için gönderilebilir. Ayrıca bulunabiliyorsa zehirlenmeye neden olan maddeler de gönderilmeli, bulunamıyorsa iddia edilen maddelerin adlarına otopsi tutanağında değinilmelidir.

Bütün bunların yanısıra tesbit solüsyonu olarak kullanılan maddeden de bir tüpe alınarak inceleme merkezine gönderilmelidir. Söz konusu işlem, iç organ örneklerinde herhangi bir toksik madde olmamasına rağmen, tesbit solüsyonunda böyle bir maddenin var olup olmadığını saptamak için yapılmalıdır.

Örneklerin alındığı tüm kavanoz ve tüplerin üzerine içindekilerin ne olduğunu belirten açıklayıcı yazılar iliştilmelidir.

Tüm işlemler bittikten sonra bilirkişi hekim ya da hekimler otopsi sonucu elde ettikleri bulguları ve açıklanmasını istedikleri hususlar hakkındaki kanaatlerini belirtirler. Eğer vücut oluşumlarının ayrıntılı incelenmesine gerek duyulmuş ise, elde edilen örnekler ilgili adli makama teslim edilir, daha sonrada düzenlenen tutanak hazır bulunanlar tarafından birlikte imzalanır, defin ruhsatı düzenlenir.

ÖLÜM ZAMANININ TESBİTİ

Ölüm anının kesin olarak saptanması çok güçtür. Bununla birlikte yaklaşık bir zaman belirtimi büyük yararlar sağlar.

30-45 dakika vücut sıcak, yumuşak, kornea parlak ve rutubetlidir, ölü morlukları boyunda belirebilir.

1-2 saatte boyunda ölü morlukları belirginleşir, el, ayaklar ve yüz soğuk hissedilir.

2-4 saatte alt çenede ölü katılığı oluşur.

4-6. saatte vücut soğuktur, ölü sertliği başlar, ölü morluğu cesedin yatış pozisyonuna doğru alışılagelmiş bölgelerde belirginleşir.

10-12 saatte ölü morluğu yaygın, ölü katılığı şiddetlidir.

15-20 saatte cesedin pozisyon değişikliği ile ölü morlukları yer değiştirmez, rektal sıcaklık ortam sıcaklığı düzeyindedir.

36. saatte batında genellikle çekum bölgesinde yeşil renkli çürüme lekesi belirir, kanda hemoliz başlar, ölü katılığı kaybolur.

2-3. günde kokuşma ilerler, ölü morlukları belirsizleşir.

4-5. günde ceset şişer, yüzeysel damarlar belirginleşir (marbrizasyon), görünüm yeşil ve siyah renge dönüşmeye başlar.

Ölüm sonu görülen değişimler bir çok faktörden etkilenir. Her zaman alışlagelmiş düzgün bir seyir göstermeyebilir. Agoni olup olmaması, cesedin içinde bulunduğu çevre şartları, organlarda daha önce var olan patalojiler, enfeksiyonlar vs. ölüm sonu belirtilerini etkileyebilir.

Ölüm zamanı tesbitinde olabildiğince adli soruşturma hakkında da bilgi edinilmeli ve tüm bulgular değerlendirilerek ölüm zamanı hakkında bir görüş bildirilmelidir.

ADLİ NİTELİK TAŞIYAN BAZI ÖLÜM OLAYLARININ İRDELENMESİ

Bu bölümde sıklıkla görülen adli nitelik taşıyan ölüm olaylarında dış muayene ve otopside araştırılması gereken hususlara değinilecektir.

Ası:

Sıklıkla görülen bir intihar şeklidir. Öncelikle asının olduğu yer incelenmeli, kişinin kendisini asıp asamayacağı araştırılmalıdır.

Tipik asıda ip halkası önde, düğüm yeri arkadadır. İp izi (telem, sillon) önden arkaya, aşağıdan yukarıya oblik olarak uzanır, yükselici ve yüzeyleştiricidir. Konjunktival kanamalar sıktır. Dil kökünün yukarı itilmesi nedeniyle dil ucu ağızdan sarkabilir. Agoni dönemindeki konvüzyonlar sırasında kol ve bacakların ası yapılan yer etrafındaki sert kısımlara çarpması sonucu travmatik lezyonlar oluşabilir. Uzunca bir süre ipte kalmış olanlarda yerçekimi etkisiyle ölü lekeleri alt bölümlerde eldiven ve çorap tarzında görülür.

Otopsi yapıldığında telem altına uyan cilt altı, yumuşak doku, kaslar, tiroid kartilaj, hiyoid kemik çevresinde kanama alanları araştırılmalıdır. Kanama alanlarının varlığı kişinin canlı asıldığıının en önemli belirtisidir. Sadece ip izi (teleme) bakarak kişinin canlı olarak asıldığına karar verilmemelidir. Diğer iç organlarda genel asfiksi belirtileri bulunur.

Suda Boğulma:

Suda boğulmanın en önemli bulgusu, ağız ve burun çevresinde oluşan "mantar köpüğü" şeklindeki, çapları birbirine eşit kabarcıklardan oluşan beyaz, bazen kirli kırmızı renkteki köpüktür. Bulunması suda boğulma açısından çok önemlidir. Dış muayenede tesbit edilen diğer bulgular suda kalma belirtisi olup, kişinin suda boğulduğunu kesin olarak göstermezler. Otopside tesbit edilecek, akciğerlerin tüm göğüs boşluğunu dolduracak biçimde şiş olması, içi suyla dolu sünger hissi vermesi, kesitlerinde bronş ve bronşiolde çok miktarda köpük ve boğulma ortamına ait yabancı cisimler olması, midede de sıvı bulunması suda boğulmayı destekleyen bulgulardır.

Kesici-Delici Alet Yaralanmasına Bağlı Ölümler:

Bu tür ölümler bıçak, kama, makas gibi aletlerin oluşturduğu yaralanmalar sonucu oluşurlar. Alet vücuda saplanma şeklinde girer veya keskin yüzleri ile yüzeysel büyük damarları keser.

Bir yüzü keskin diğer yüzü kör olan bıçaklarla meydana gelen yaranın şekli mum alevi, su damlası şeklindedir. Yara açılarının biri dar, diğeri geniştir. İki yüzü keskin bıçakla meydana gelen yaralarda ise her iki açı da dar ve birbirine eşittir. Cilt kesit yüzeyleri genellikle düzgündür.

Dış muayene yapılırken yaralar numaralandırılmalı ve otopsi sonucu hangilerinin ölüme neden olabilecekleri belirtilmelidir. Ayrıca yara özelliklerine dayanılarak suç aletinin niteliği hakkında görüş bildirilebilir.

Kesici-Ezici Alet Yaralanmasına Bağlı Ölümler:

Bu tür ölümler, balta, keser, satır gibi kesici bir yüzü olan, kütle etkisi yapabilen aletlerin oluşturduğu yaralanmalar sonucu oluşur. Bu tür aletler kesme, kırma ve ezme fonksiyonu gösterirler. Bu nedenle yaralarda yara ağzı geniş ve dudaklar kesik özellik gösterir, yara derinliklerinde ezilme ve kırılma bulunur.

Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Ölümler:

Öncelikle giriş ve çıkış deliği tanımı yapılmalıdır. Giriş deliği şekli mermi çekirdeğinin cilde giriş yerine ve açısına göre değişir. Genellikle dairevi olmakla birlikte oval, çizgi, yıldız şeklinde de olabilir. En önemli bulgusu etrafındaki vurma

halkasıdır (epidermik erozyon halkası). Mermi çekirdeğinin dönme ve sürtünme etkisine bağlı oluşur. Ölümden sonra giriş deliği çevresi su kaybına bağlı olarak sert, kuru, esmer renkli bir görünüm alır. Tam belirginleşmesi için de yaklaşık 5-6 saatlik bir süre gerekir. Bu nedenle ölümden hemen sonra yapılan muayenelerde giriş ve çıkış deliği ayırt edilemeyebilir. Bu tür durumlarda lup ile inceleme yapılabileceği gibi, işlem bu süre kadar ertelenebilir.

Ayrıca mermi çekirdeği üzerinde bulunan yağlı bulaşıkların ve isin, gerilmiş cilt tarafından tutulmasıyla oluşan silinti halkasının varlığı da giriş deliği için önemli bir bulgudur. Vurma halkasının dışında siyahımtırak bir şerit halinde bulunur, silinmekle çıkar. Elbiseli bölgeyi yaralarda yağlı maddeler elbise tarafından tutulacağından oluşmaz.

Kafatasına yönelik yaralanmalarda giriş deliği bölgesinde kraniumda iç lamina kalkması, çıkış deliğinde ise dış lamina kalkması bulunur.

Yukarıda belirtilen giriş deliği özellikleri uzak atışlar için geçerli olup, bitişik atış ve yakın atışlarda giriş deliği özelliklerine başka bulgular da eklenir.

-Bitişik Atış:

Namlu ucu cilde değerek veya çok yakın yapılan atışlara verilen addır. Namlu ağzından çıkan yanma alevi, kızgın gaz, duman, barut artıkları çevreye dağılmadan oluşan yaradan içeri dolarlar. Cilt iç yüzünde ve altındaki dokularda barut parçaları, is bulaşığı görülebileceği gibi, alev yanığı bulguları da oluşabilir.

-Yakın Atış:

2 cm ila 80 cm arasında yapılan atışlara verilen addır. Bulgular silahın ve barutun niteliğine göre değişir. Barutun yanması ile oluşan alev namludan 5-6 cm uzağa giderek cilt, kıl ve elbiselerde kavrulma yapabilir. Duman isi ve kalıntıları 10 cm'e kadar gidebilir. Dalgalı ve gri bir leke tarzında yara veya elbiseli bölgede görülebilir. Yıkamak veya silmekle kaybolur. Barut artıkları ve diğer partiküller ise daha uzağa giderek giriş deliği çevresine gömülürler. Buna tatuaj denir.

Bu doğrultuda 5 cm'e kadar yapılan atışlarda her üç oluşumunda bulunması beklenirken, yaklaşık 20 cm'den sonra yapılan atışlarda yalnızca tatuaj belirlenebilir.

Atış uzaklığı arttıkça belirtiler azalır ve daha geniş bir alana yayılırlar.

Av tüfeği atışlarında saçmalar 95 cm'e kadar birbirlerine yapışık gider ve tek mermi etkisi yaparlar. Uzaklık arttıkça koni tarzında yayılırlar. Bu yayılma 12 metrede 50-60 cm'lik bir daireyi kapsar.

Yapılan otopsilerde atış mesafesi tayini tam olarak yapılamıyorsa ve atışlar elbiseli bölgeye isabet etmişse, söz konusu elbiseler yıkanmama koşulu belirtilerek ilgili adli makama teslim edilmeli ve atış mesafesinin tayini için bir inceleme merkezine gönderilmesi sağlanmalıdır.

Mermi çekirdeği çıkış deliği, genellikle giriş deliğinden büyüktür. Ama bu kural değildir. Çevresinde giriş deliği bulguları (vurma halkası, silinti halkası, tatuaj, vs.) bulunmaz. Mermi çekirdeği vücutta parçalanmış ise tek girişe karşılık, birden fazla çıkış deliği de görülebilir. Bazı olgularda giriş deliği bulunmasına rağmen çıkış deliği bulunmaz. Giriş deliğinden

sonra oluşan kanal (traje) takip edilerek mermi çekirdeği elde edilmelidir. Mermi trajesinin, vücudun yapısı nedeniyle çok değişkenlikler göstermesi mermi çekirdeğinin bulunmasını güçleştirebilir. Bu tür durumlarda radyolojik araştırmalar yer saptamada yararlı olur.

Mermi çekirdeği elde edildikten sonra sayısı, şekli (forme veya deforme), gömleli olup olmadığı, gömleği üzerindeki yiv ve set izlerinin belirgin olup olmadığı ve kabaca yapılan ölçüm değerleri de (uzunluğu, çapı) otopsi tutanağında belirtilmelidir.

ÇOCUK ÖLDÜRME (İNFANTİSİD)

Adli tıpta, yeni doğmuş bir gayri meşru çocuğun istenerek yasada belirtilmiş amaç ve kişilerce öldürülmesine infantisid adı verilir.

Hekimlerden çocuğun canlı doğup doğmadığı, zamanında doğup doğmadığı, zamanından önce doğmuş ise yaşama yeterliliğine sahip olup olmadığı ve ölüm nedeninin belirlenmesi istenir.

İnfantisidin varlığını kabul etmek için öncelikle çocuğun canlı doğduğunun tesbiti gerekir. Canlı doğumun en kesin belirtisi çocuğun solunum yapmış olmasıdır. Cildin pembe rengi, epiderm dökülmeleri, kordon kesi yerinde fonksiyonel belirtiler (bağlanma, nekroz ve nedbe oluşması, vs.), çocuğun yıkanıp temizlenmiş olması canlı doğumu destekleyen bulgulardandır. Ancak en kesin bulgular iç organ incelemeleri ile elde edilebilir.

Makroskopik olarak solunum yapmamış akciğerler göğüs boşluğu arka kısmında, kollabe, karaciğer renginde ve sertçedirler. Akciğer lob kenarları keskin ve yüzeyleri düzgündür. Solunum ile birlikte akciğerler genişler, göğüs boşluğunu doldurur, rengi pembeleşir. Kenarları yuvarlaklaşır. Ağırlığı

vücut ağırlığının yaklaşık 1/35 oranına yükselir. Ayrıca, solunum yapmış akciğerin yoğunluğu da düşer. Bu nedenle solunum yapmış akciğer parçalan suya atıldığında su üstünde kalırlar. Ancak bu durumun bazı istisnai hallerini de gözardı etmemek gerekir.

Akciğerlerin durumunun kesin olarak saptanması histolojik incelemeler sonucu anlaşılabilir. Bu nedenle bu tip durumlarda doku alımı ve gönderilmesinde özen gösterilmelidir.

Çocuğun yaşama yeterliliğine sahip olup olmadığı, açıklanması gereken diğer husustur.

Matürasyonun bilinen kriterleri araştırılmalıdır (boy, kilo, cildin, tırnakların, saçların durumu, kafatası ölçümleri vs.). Ayrıca otopsi sırasında aşağıdaki bulgulardan da yararlanılabilir.

Beclard Kemikleşme Noktası: 36. haftadan itibaren oluşur. Femur alt epifizinde kırmızı renkte 4-7mm çapında bir alandır. Tespiti için femur alt ucu dilim dilim kesilir.

Calcaneus Kemikleşme Noktası: 24. haftadan itibaren oluşmaya başlar. Miadda ortalama 11 mm'lik çapa ulaşır. Calcaneus ortadan ikiye ayrılarak görünür hale getirilir.

Mekonyum: Miadındaki bir çocukta sigmoid ve rektuma kadar iner.

Alt Çene kemiği içindeki Diş Lojları: Miadındaki bir çocukta alt çenede 4'ü sağ, 4'ü solda olmak üzere toplam 8 diş çukuru (loju) bulunur.

Kemik Tetkikleri: Çocuk çok önceden öldürülmüş, kokuşmuş, parçalanmış ise elde edilen kemiklerden de yararlanılabilir.

$$\text{Çocuk boyu} = \text{femur uzunluğu} \times 5,6 + 8$$

$$\text{Çocuk boyu} = \text{humerus veya tibia uzunluğu} \times 6,5 + 8$$

Hesaplamalar iki kemiğe göre yapılıp ortalaması alınırsa sonuç daha doğru elde edilir.

Ayrıca,

$$\text{Çocuk boyu (cm)} \times 5,6 = \text{Gebelik süresi (gün)}$$

$$(\text{Fetüsün ayak uzunluğu(mm)} + 24) / 11 = \text{Gebelik süresi(ay)}$$

formüllerinden de yararlanılabilir.

Daha sonra da ölüm nedenini belirlemeye yönelik işlemler yapılır.

SONUÇ

Günümüzde suçların organize hale gelmesi adli olaylar sonrası kapsamlı araştırmaları gerekli kılmaktadır. Ancak daha çok teknik yeterlilik, uzmanlık ve ekip çalışması isteyen bu hususu, adli tıp hizmetlerini pek çok yerde yürüten pratisyen hekimlerden beklemek haksızlık olur.

Adli olayların en önemli niteliği ilk bulguların bir çoğunun zaman içinde kaybolmasıdır. Bu nedenle olayla ilk karşılaşan hekim, tüm olasılıklara yönelik delil toplamalı, tüm bulguları ayrıntılı bir şekilde tanımlamalı ve kayda geçirmelidir. Bu işlemlerde fotoğraf, şekil, kroki gibi belirleyici unsurlardan da yararlanılabilir.

Hekimlerin tüm gereklilikleri yerine getirmelerine rağmen olay çözümlenemeyebilir. Ancak bulguların ayrıntılı tanımlanması, daha sonra kayıtlar üzerinden yorum yapılmasına, bazı olasılıkların kuvvetlenmesine, bazılarının da elimine edilmesine yardımcı olur. Bunun yanısıra sadece tıbbi bulgulara dayanılarak sonuca varılması önemli yanılgıları da beraberinde getirebilir. Tüm adli olaylar adli soruşturma ve tıbbi bulguların ortaklaşa değerlendirilmesi ile çözümlenmelidir.

Bu doğrultuda pratisyen hekimlerin delil toplama ve bulgu tanımlama konusundaki özenli hareketleri adli olaylar sonrası oluşan sorunları çözümlemedeki en önemli prensiptir. Bu çabalar sonucu, bir çok sorunun cevabı bulunabileceği gibi, çözümlenemeyen hususlar, elde edilen delillerin incelenmesi, bulguların yorumlanması ile ilgili birimler tarafından (Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Anabilim Dalı vs.) çözümlenebilecektir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR:

1. Aykaç, M. **Adli Tıp Ders Kitabı**, Çelikler Matbaacılık, İstanbul, 1987.
2. Gök, Ş., **Adli Tıp**, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1980.
3. Gök, Ş., Akyol S., Kolusayın, Ö., **Kişilerin Vücut Bütünlüğünde Oluşturulan Zararların Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi**, Adli Tıp Kurumu Yayınları, İstanbul, 1978.
4. Katkıcı, U., Örsal, M, **Adli Raporlarda Hayati Tehlike**, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Cilt 4, Sayfa 126-7, Nisan 1995.
5. Özen, C, **Adli Tıp**, Taş Matbaası, İstanbul, 1983.
6. Özen, C., Sözen, H., **Adli Tıp ve Toksikoloji**, Servet Matbaası, İstanbul, 1971.
7. Öztürel, A., **Adli Tıp**, Güzel İstanbul Matbaası, Ankara, 1971.

Ek 1

ADLİ RAPOR FORMU

...../...../200.

KAYIT NO :

ADI, SOYADI:

BABA ADI:

DOĞUM TARİHİ(GÜN, AY, YIL):

MUAYENEYİ İSTEYEN KURUM, TARİH, SAYI:

MUAYENENİN YAPILDIĞI YER :

MUAYENE TARİHİ VE SAATİ:

ŞİKAYETLER(*):

FİZİKİ MUAYENE BULGULARI():**

SONUÇ:

HEKİM
(İMZA)

(*) Olayın oluş şekli ile ilgili iddialar ve sonradan oluşan ruhsal veya fiziksel şikayetleri yazılacak.

(**) Şikayetler sonrası şahısta tesbit edilen objektif bulgular yazılacak.

NOT: Güvenlik kuvvetlerince adli rapor için getirilen şahıs, tüm güvenlik önlemlerinin alındığı bir yerde tamamen soyulup yalnız olarak muayene edilecektir. Rapor iki nüsha halinde düzenlenecek ve ikinci nüsha, raporu düzenleyen merkezde saklanacaktır.

Ek 2

**ADLİ TIP UYGULAMALARINDA;
MUTAD İŞTİGAL, HAYATİ TEHLİKE, UZUV ZAAFI,
UZUV TATİLİ VE ÇEHREDE SABİT ESER
SAPTAMALARI İÇİN KULLANILAN LİSTE**

| | | | | Mutad İştigal | Hayati Tehlike | Uzuv Zaafı | Uzuv Tatili | Sabit Eser |
|----------|----------|---|---|------------------|-------------------|---------------|----------------|---------------|
| 1 | | | KAFA BÖLGESİ | | | | | |
| | A | | KAFATASI | | | | | |
| | | 1 | Çatlak | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 2 | Kırık | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 3 | Çökme kırığı | 45 gün | + | - | - | - |
| | | 4 | 10 cm2'ye kadar kemik eksikliği | 45 gün | + | + | - | - |
| | | 5 | 10 cm2'den fazla kemik eksikliği | 45 gün | + | - | + | - |
| | B | | KAFA KAİDESİ | | | | | |
| | | 1 | Çatlak | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 2 | Kırık | 45 gün | + | - | - | - |
| | | 3 | Commosio+koma, kulak+burun kanaması, beyinde odak belirtileri, kanlı likör | 45 gün | + | - | - | - |
| | | 4 | Etmoid-kırık-ezik | 15 gün | + | - | - | - |
| | C | | KUBBE VE KAİDE DIŞI | | | | | |
| | a | | Mastoid | | | | | |
| | | 1 | Çatlak | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 2 | Kırık | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 3 | Kopma-çökme | 45 gün | + | - | - | - |
| | b | | Frontal sinüs | | | | | |
| | | 1 | Kırık dış lamina | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Kırık dış+iç lamina | 25-45gün | + | - | - | - |
| | c | | Orbita : Orta ve üst bölüm | | | | | |
| | | 1 | Çatlak | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 2 | Kırık | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 3 | Çökme | 45 gün | + | - | - | - |
| | d | | Göz | | | | | |
| | 1 | | Optik sinir kopması | | | | | |
| | | 1 | Direkt travma (Orbita içi-künt kesici, kesici batıcı, ateşli silah) | 25 gün | - | - | + | + |
| | | 2 | İndirekt travma (Kafa içi bölümü, künt travmalar) | 25 gün | + | - | + | + |

| | | | | Mutad İstigal | Hayati Tehlike | Üzuv Zaafı | Üzuv Tatili | Sabit Eser |
|----------|----------|----------|--|---------------|----------------|------------|-------------|------------|
| | | 2 | Görme kusurları: Tashihsiz görme (Bir göz sağlam) | | | | | |
| | | 1 | Işık hissi, el hareketleri, parmak sayma, 1/10, 2/10, 3/10 görme | 15 gün | - | - | + | + |
| | | 2 | 4/10, 5/10, 6/10, 7/10 görme | 15 gün | - | + | - | - |
| | e | | Burun | | | | | |
| | | 1 | Yalnız uç kısmı | | | | | |
| | | 1 | Çatlak kırık | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Gövde | | | | | |
| | | 1 | Çatlak-kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Çökme kırığı+deformasyon | 15 gün | - | - | - | + |
| | f | | Kulak ve işitme kaybı | | | | | |
| | | 1 | Kulak | | | | | |
| | | 1 | Kulak kepçesi ve memesi keseği-kopuğu | 10 gün | - | - | - | + |
| | | 2 | Kulak kepçesi kopuğu (Total) | 15 gün | - | - | - | + |
| | | 2 | İşitme kaybı | | | | | |
| | | 1 | İki kulak tam sağır | - | - | - | + | - |
| | | 2 | Bir kulak tam sağır | - | - | + | - | - |
| | | 3 | Bir kulak tam sağır, diğer kulak 5 m.'den konuşma duyamama | - | - | - | + | - |
| | | 4 | Bir kulak tam sağır, diğer kulak fısıltıyı duyamama | - | - | + | - | - |
| | | 5 | Travmatik kulak zarı delinmesi | 15 gün | + | - | - | - |
| D | | | YÜZ (ÇEHRE) BÖLÜMÜ | | | | | |
| | a | | Zigomatik kemik | | | | | |
| | | 1 | Çatlak (ayrksız kırık) | 10 gün | + | - | - | - |
| | | 2 | Kırık (ayrıklı kırık) | 15 gün | + | - | - | - |
| | b | | Maksilla | | | | | |
| | | 1 | Çatlak | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 3 | Çökme kırığı+deformasyon | 25 gün | - | - | - | + |
| | c | | Mandibula | | | | | |
| | | 1 | Çatlak(Ayrıksız) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 3 | Parçalı kırık *(1) | 45 gün | - | - | - | - |
| | | 4 | Açık parçalı kırık | 60 gün | - | - | - | - |
| | | 5 | Çıkık | 7 gün | - | - | - | - |

| | | | Mutad İştigal | Hayati Tehlike | Uzuv Zaafı | Uzuv Tatili | Sabit Eser |
|----------|----------|--|---------------|----------------|------------|-------------|------------|
| | d | Dişler | | | | | |
| | | 1 Bir alveol kopma kırığı | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 İki ve daha fazla alveol kopma kırığı *(1) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 3 Çıkık (orta ve yan kesiciler, 1-3 adet) | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 4 Çıkık-azı (2-3 adet) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 5 Çıkık-büyük azı (iki adet) | 15 gün | - | - | - | - |
| 2 | | TORAKS (GÖĞÜS) BÖLGESİ | | | | | |
| | a | Klavikula | | | | | |
| | | 1 Kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Kırık+akciğer lezyonu | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 3 Çıkık | 15 gün | - | - | - | - |
| | b | Sternum | | | | | |
| | | 1 Çatlak | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 3 Kırık+kalp+akciğer lezyonu | 45 gün | + | - | - | - |
| | c | Kaburga-kosta (adet itibarıyla) | | | | | |
| | | 1 Bir-iki adet kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Üç ve daha fazla kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 3 Kırık+akciğer lezyonu | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 4 Müteaddit kırık+mediasten bozukluğu | 45 gün | + | - | - | - |
| | d | Akciğer | | | | | |
| | | 1 Kapalı cilt altı amfizemi | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 2 Açık cilt altı amfizemi (Akciğer lezyonu) | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 3 Pnömotoraks | 25 gün | + | - | - | - |
| | | 4 Hemotoraks | 25-45gün | + | - | - | - |
| | | 5 Hemopnömotoraks | 25-45gün | + | - | - | - |
| | | 6 Lobektomi | 45 gün | + | + | - | - |
| | | 7 Pnömektomi | 45 gün | + | - | + | - |
| | e | Kalp | | | | | |
| | | 1 Hemoperikard | 45 gün | + | - | - | - |
| | f | Skapula | | | | | |
| | | 1 Kırık (ayraksız) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Kırık (ayrıklı) | 25 gün | - | - | - | - |

| | | | | Mutad İştigal | Hayati Tehlike | Uzuv Zaafı | Uzuv Tatili | Sabit Eser |
|----------|----------|---|--|------------------|-------------------|---------------|----------------|---------------|
| 3 | | | BATIN BÖLGESİ | | | | | |
| | | 1 | Dalak çıkarılması | 25 gün | + | - | + | - |
| | | 2 | 150 cm. bağırsak rezeksiyonu | 25 gün | + | + | - | - |
| | | 3 | Eksploratris laparotomi (organ lezyonu yok) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 4 | Bir böbrek çıkarılması | 25 gün | + | - | + | - |
| 4 | | | PELVİS BÖLGESİ | | | | | |
| | a | | İliyak kemik | | | | | |
| | | 1 | Ufak kopma kırığı | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Korpus kırığı (ayraksız) | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 3 | Korpus kırığı (ayrıklı) | 45 gün | - | - | - | - |
| | | 4 | Korpus parçalı kırık | 60 gün | - | - | - | - |
| | b | | İskion kemiği | | | | | |
| | | 1 | Kırık (tek taraflı) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Ayrıklı kırık (çift taraflı) | 25 gün | - | - | - | - |
| | c | | Pubis kemiği | | | | | |
| | | 1 | Kırık (ayraksız tek taraflı) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Kırık (çift taraflı) | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 3 | Simfiz ayrılması *(2) | 15-25gün | - | - | - | - |
| | | 4 | Tek taraflı müşterek iskion ve pubis kırığı | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 5 | Çift taraflı müşterek iskion ve pubis kırığı | 25 gün | - | - | - | - |
| | d | | Koksa kemiği | | | | | |
| | | 1 | Kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | e | | Penis | | | | | |
| | | 1 | Glans amputasyonu | 15 gün | + | + | - | - |
| | | 2 | Tam penis amputasyonu | 25 gün | + | - | + | - |
| | f | | Testis | | | | | |
| | | 1 | Testis yokluğu (bir adet) | 15 gün | - | + | - | - |
| | | 2 | İki testisin yokluğu | 25 gün | - | - | + | - |
| 5 | | | OMURGA BÖLGESİ | | | | | |
| | | 1 | Spina kırığı | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Corpus kopma kırığı | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 3 | Corpus kırığı | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 4 | Corpus çökme kırığı | 45 gün | - | - | - | - |
| | | 5 | Corpus çıkığı | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 6 | Corpus kırığı-omurilik lezyonu | 45 gün | + | - | - | - |

| | | | | Mutad İstigal | Hayati Tehlike | Uzuv Zaafı | Uzuv Tatili | Sabit Eser |
|----------|----------|---|---|---------------|----------------|------------|-------------|------------|
| 6 | | | ETRAF BÖLGESİ | | | | | |
| | A | | Omuz | | | | | |
| | | 1 | Çıkık | 15 gün | - | - | - | - |
| | B | | Humerus | | | | | |
| | | 1 | Kırık (ayraksız) | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Kırık (ayrıklı) | 45 gün | - | - | - | - |
| | | 3 | Açık parçalı kırık *(3) | 60 gün | - | - | - | - |
| | C | | Dirsek | | | | | |
| | | 1 | Kırık (Olecranon) | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Çıkık (Olecranon kırık+ulna kırık-radius çıkık) | 25 gün | - | - | - | - |
| | D | | Radius | | | | | |
| | | 1 | Kırık (ayraksız) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Açık parçalı kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | E | | Ulna | | | | | |
| | | 1 | Kırık (ayraksız) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Açık parçalı kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | F | | Ulna+Radius | | | | | |
| | | 1 | Müşterek kapalı kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Müşterek açık kırık | 45 gün | - | - | - | - |
| | G | | Bilek (Os carpi) | | | | | |
| | | 1 | Kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Açık parçalı ezik kırık | 45 gün | - | - | - | - |
| | | 3 | Çıkık | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 4 | Pouteau colles (Radius alt ucu kırığı) | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 5 | P. Colles+styloid kırığı | 25 gün | - | - | - | - |
| | H | | Tarak kemikleri (Os metacarpi) | | | | | |
| | | 1 | Kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Açık parçalı kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 3 | Çıkık | 10 gün | - | - | - | - |
| | I | | Parmak (Os digitarum phalanges) | | | | | |
| | | 1 | Kırık | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Çıkık | 10 gün | - | - | - | - |
| | J | | Femur (Uyluk kemiği) | | | | | |
| | a | | Baş | | | | | |
| | | 1 | Çıkık | 45 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Kırık | 90 gün | - | - | - | - |

| | | | Mutad İştigal | Hayati Tehlike | Uzuv Zaafı | Uzuv Tatili | Sabit Eser |
|---|----------|----------------------------------|---------------|----------------|------------|-------------|------------|
| | b | Gövde | | | | | |
| | | 1 Çatlak | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Kırık | 90 gün | - | - | - | - |
| | | 3 Açık parçalı kırık | 120 gün | - | - | - | - |
| | K | Patella | | | | | |
| | | 1 Kopma kırığı | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | L | Tibia | | | | | |
| | | 1 Basit kopma kırığı | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Çatlak | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 3 Kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 4 Açık parçalı kırık | 45 gün | - | - | - | - |
| | M | Fibula | | | | | |
| | | 1 Kopma kırığı | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | N | Tibia+Fibula müşterek | | | | | |
| | | 1 Kapalı kırık | 45 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Açık kırık *(4) | 60 gün | - | - | - | - |
| | O | Ayak | | | | | |
| | a | Calcaneus | | | | | |
| | | 1 Çatlak | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 3 Parçalı açık veya kapalı kırık | 45 gün | - | - | - | - |
| | b | Talus | | | | | |
| | | 1 Çatlak | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 3 Parçalı açık veya kapalı kırık | 45 gün | - | - | - | - |
| | c | Metatars kemikleri | | | | | |
| | | 1 Kırık | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Açık parçalı kırık | 25 gün | - | - | - | - |
| | | 3 Çıkık | 10 gün | - | - | - | - |
| | d | Parmak kemikleri | | | | | |
| | | 1 Kırık | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Çıkık | 7 gün | - | - | - | - |
| 7 | | DERİ YÜZEYİ | | | | | |
| | A | Sıyrık | 1-10 gün | - | - | - | - |
| | B | Ekimoz | | | | | |
| | | 1 Lokal | 1-7 gün | - | - | - | - |
| | | 2 Geniş | 10-15gün | - | - | - | - |

| | | | | Mutad İstigal | Hayati Tehlike | Uzuv Zaafı | Uzuv Tatili | Sabit Eser |
|----------|----------|---|---|------------------|-------------------|---------------|----------------|---------------|
| C | | | Hematom | | | | | |
| | | 1 | Lokal | 1-10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Geniş | 10-15gün | - | - | - | - |
| D | | | Yara | | | | | |
| | a | | Kurşun (Birden fazla cilt altı seyirli) | 15 gün | - | - | - | - |
| | b | | Saçma (Hemen cilt altında kalan, kolayca alınabilen) | 10 gün | - | - | - | - |
| | c | | Kesici | | | | | |
| | | 1 | Basit | 7 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Lambo tarzında adale ile beraber | 15 gün | - | - | - | - |
| | d | | Ezik vasıflı (raddi-künt) | | | | | |
| | | 1 | Basit | 1-10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Geniş, ezik, parçalı *(5) | 15-25gün | - | - | - | - |
| E | | | Yanık | | | | | |
| | a | | Kızartı 1. derece (Güneş yanığı şeklinde) | | | | | |
| | | 1 | Lokal | 1-7 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Geniş | 5-10 gün | - | - | - | - |
| | b | | Flikten 2.derece (Su toplanması) | | | | | |
| | | 1 | Lokal | 7 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Geniş | 15 gün | + | - | - | - |
| | c | | Escar 3. derece (Cilt harabiyeti) | | | | | |
| | | 1 | Lokal | 10 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Geniş | 25 gün | + | - | - | - |
| | d | | Kömürleşme | | | | | |
| | | 1 | Lokal | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Geniş | 45 gün | + | - | - | + |
| 8 | | | ADALE GRUPLARI | | | | | |
| | a | | Liflere paralel yara | | | | | |
| | | 1 | Basit | 7 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | 10 cm.'ye kadar | 10 gün | - | - | - | - |
| | b | | Liflere dikey yara | | | | | |
| | | 1 | Basit | 7 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | 5 cm. ve daha fazla *(6) | 15 gün | - | - | - | - |
| 9 | | | TENDON | | | | | |
| | a | | Kesik-kopuk | | | | | |
| | | 1 | Basit | 15 gün | - | - | - | - |
| | | 2 | Bileşik (mürekkep) *(7) | 25 gün | - | - | - | - |

- * (1) Ayrıca fonksiyonu üzerinde durulacaktır.
- * (2) İç organ arızası ayrıcı değerlendirilecektir.
- * (3) Kol sinirlerinde lezyon varsa, uzuv zaafı veya uzuv tatili yönünden ayrıca değerlendirilebileceği gibi, büyük damar kesiği var ise; hayati tehlike yönünden ayrıca da değerlendirme yapılacaktır.
- * (4) Büyük sinir lezyonları uzuv zaafı ve uzuv tatili yönünden büyük damar lezyonları, hayati tehlike yönünden ayrıca değerlendirilecektir.
- * (5) Ayrıca hayati tehlike yönünden değerlendirilecektir.
- * (6) Kesilen adelenin fonksiyonuna göre uzuv zaafı ve uzuv tatili yönünden ayrıca değerlendirilecektir.
- * (7) Uzuv zaafı ve uzuv tatili bakımından ayrıca değerlendirilecektir.