مجله علمی پزشکی قانونی / دوره ۱۳ ، شماره ۳ ، پاییز ۱۳۸۶، ۱۷۱-۱۸۰

مقاله خودآموزی

بر اساس مصوبه اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به همکاران محترم پزشکی عمومی، متخصصین پزشکی قانونی، بیماری‌های داخلی، طب کار، قلب و عروق ، طب فیزیکی و توانبخشی که به بیش از ۷۰٪ سؤالات پاسخ صحیح دهند ۱/۵ امتیاز بازآموزی تعلق می‌گیرد.

نحوه رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه ای دندانپزشکی در ایران

دکتر اردشیر شیخ آزادی* - **دکتر محمد حسن قدیانی**** - **دکتر مهرزاد کیانی*****

* متخصص پزشکی قانونی، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

** متخصص بیماری‌های داخلی، استادیار سازمان پزشکی قانونی کشور

*** متخصص پزشکی قانونی، استادیار سازمان پزشکی قانونی کشور

چکیده

مقدمه: قصور دندانپزشکی شامل اشتباه در تشخیص، درمان یا مدیریت بیماری است و شکایات ناشی از آن بخشی از مراجعات محاکم قضایی، سازمان نظام پزشکی و سازمان پزشکی قانونی کشور را به خود اختصاص داده است. از جمله راهکارهای کاهش شکایات و ارتقای توان دفاع و پاسخگویی دندانپزشکان، آموزش علمی و عملی تیم درمانی در رابطه با مبانی و مفاهیم قصور و تخلفات حرفه‌ای رشته کاری آنان، چگونگی رسیدگی به شکایات بیماران، آشنایی با قوانین و مقررات موضوعه و راه‌های افزایش مصونیت کادر معالج می‌باشد.

این مقاله از نوع مروری است و با مطالعه مبانی و مفاهیم قصور و تخلفات حرفه‌ای در رشته دندانپزشکی و نحوه رسیدگی به آن و مقررات قضایی و انتظامی، اطلاعات لازم را برای شاغلین حرفه دندانپزشکی فراهم می‌نماید.

بحث: مراکز متعددی شامل دادسرا و سازمان‌های پزشکی قانونی و نظام پزشکی با کسب نظر کارشناسی کمیسیون‌های تخصصی، کار رسیدگی به شکایات بیماران از دندانپزشکان را بر عهده دارند. قانون مجازات اسلامی، قانون آیین دادرسی کیفری، قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی و آیین نامه رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و رشته‌های وابسته، مبانی قانونی این دادرسی‌ها هستند. مجازات‌ها عمدتاً شامل مجازات‌های انتظامی و یا پرداخت دیه است. رعایت موازین فنی و علمی در اقدامات تشخیصی و درمانی مهم‌ترین معیاری است که در بررسی شکایات دندانپزشکی مورد استناد محاکم قضایی و هیأت‌های انتظامی قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری: تدوین استانداردهای فنی برای انواع مختلف خدمات دندانپزشکی، بازنگری در شرح وظایف مصوب رشته‌های مختلف دندانپزشکی تخصصی و عمومی، منطقی کردن تعرفه‌های درمانی، نظارت بر کیفیت خدمات دندانپزشکی، افزایش آگاهی دندانپزشکان در مورد قصور و تخلفات پزشکی و نحوه رسیدگی به آن، تخصصی کردن دادگاه‌های جرایم پزشکی، اصلاح قانون مجازات اسلامی، بهره‌مندی از مشاوره متخصصان پزشکی قانونی و استفاده از پوشش بیمه مسؤولیت حرفه‌ای می‌تواند به بهبود مؤثر اوضاع حاکم بر رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای کمک نماید.

واژگان کلیدی: قصور دندانپزشکی، تخلفات حرفه‌ای، قانون مجازات اسلامی.

وصول مقاله: ۸۵/۳/۱ پذیرش مقاله: ۸۶/۴/۱۳

نویسنده پاسخگو: تهران- بلوار کشاورز- خیابان پورسینا- دانشگاه علوم پزشکی تهران- دانشکده پزشکی- گروه پزشکی قانونی- sheikhazadi@tums.ac.ir

[Downloaded from sjfm.ir on 2024-03-29]

مقدمه

امروزه علیرغم تلاش پزشکان، دندانپزشکان و سایر کادر پزشکی و با وجود امکانات وسیع و پیشرفته، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش نهاده است (۱). این امر اگر چه از یک سو ریشه در عدم موفقیت پزشکان و دندانپزشکان در برقراری ارتباط با بیمار دارد، ولی از سوی دیگر عوامل مختلفی نظیر فعالیت مطبوعات، رادیو، تلویزیون و سایر رسانه‌های جمعی، شرکت‌های بیمه، وکلا و مشاورین حقوقی، تغییر موقعیت اجتماعی پزشکان، افزایش تعداد دانش‌آموختگان رشته‌های گروه پزشکی در خانواده-ها، معضلات اقتصادی گروه پزشکی و روی آوردن گروهی، هر چند اندک، از پزشکان و دندانپزشکان به اقدامات پرخطر و خارج از توان علمی و تخصصی، در افزایش نرخ این شکایت‌ها مؤثرند (۳،۲). نگاهی گذرا به آمار و کیفیت پرونده‌های جرایم پزشکی نشان می‌دهد یکی از علل اصلی که در افزایش میزان این شکایت‌ها مؤثر است، عدم آگاهی صاحبان حرف پزشکی از مسایل حقوقی و مقررات حاکم بر حرفه پزشکی و مسؤولیت پزشکان در قبال بیماران می‌باشد (۴).

شاغلین حرف پزشکی اعم از پزشکان، دندانپزشکان، داروسازان و سایر کادر معالج، به دنبال اشتغال به حرفه پزشکی ممکن است به صورت‌های زیر در برابر قانون قرار گیرند: پزشک قانونی، به عنوان کارشناس، به عنوان مطلع یا شاهد، به عنوان متهم (۵، ۱).

دعاوی دندانپزشکی عمدتا" در زمینه مسایل درمانی است که بیمار به علت عدم حصول نتیجه درمانی مطلوب و علیرغم صرف هزینه گزاف، متحمل نقص عضوی و یا خسارت مالی و جانی شده و برای دریافت غرامت اقدام به شکایت می‌کند. با این حال هر پزشکی ممکن است علاوه بر خطاهای پزشکی به علل دیگری نظیر عدم رازپوشی پزشکی، صدور گواهی خلاف واقع، عدم رعایت قوانین و مقررات حاکم بر حرفه پزشکی و مواردی دیگر به دادگاه احضار شود (۵ و ۱).

با توجه به اهمیت قصور پزشکی در این مقاله با شرح و تفصیل بیشتری به این موضوع خواهیم پرداخت و به سؤالات ذیل پاسخ می‌دهیم:

قصور چیست؟ چه موقع می‌گوییم فردی مرتکب قصور شده است؟ چه موقع گفته می‌شود طبیب مرتکب قصور پزشکی شده است؟ انواع قصور پزشکی کدام است؟ نحوه رسیدگی به قصور پزشکی چگونه است؟ مراجع ذیصلاح رسیدگی به قصور پزشکی کدامند؟ مجازات قصور پزشکی چیست؟ قانون مجازات اسلامی در رابطه با قصور پزشکی چه می‌گوید؟ دیه چیست؟ دیه دندان‌ها چگونه تعیین می‌شود و مقدار آن چقدر است؟ تخلفات انتظامی و مجازات آن کدام است و نحوه رسیدگی به آن چگونه است؟

روش بررسی

نویسندگان با مرور منابع قانونی و علمی حاکم بر روند رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای دندانپزشکی و با توجه به سالیان متمادی عضویت در کمیسیون‌های تخصصی رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای رشته‌های مختلف پزشکی و دندانپزشکی در محاکم قضایی و نهادهای پزشکی صنفی به بررسی این موضوع پرداخته‌اند. لذا با بررسی دقیق قانون مجازات اسلامی، قانون آیین دادرسی کیفری، قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، آیین‌نامه رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و رشته‌های وابسته، مقالات منتشر شده در مجلات علمی معتبر داخلی و خارجی، جستجو در اینترنت، بررسی رویه‌های جاری دادسرای ویژه رسیدگی به جرایم پزشکی و دارویی و سازمان‌های نظام پزشکی و پزشکی قانونی، چگونگی رسیدگی به شکایات حرفه‌ای دندانپزشکان بررسی گردیده است و ضمن نقد و بررسی اشکالات سیستم فعلی، راهکارهایی کاربردی برای بهبود روند رسیدگی، حفظ حقوق طرفین دعوی، افزایش توان دفاعی دندانپزشکان و پیشگیری از افزایش شکایات پیشنهاد شده است.

بررسی متون

تعریف قصور: کلمه قصور در فرهنگ فارسی عمید به معنای از کاری باز ایستادن، واگذاشتن کاری از روی عجز و درماندگی آمده است (۷، ۶). در واقع قصور به معنای کوتاهی غیر عمدی در انجام وظیفه است (۷، ۶، ۱). پزشک یا دندانپزشک نیز مانند هر شخص دیگری احتمال دارد، در انجام وظایف خود اشتباه کند و در نتیجه، قصور شاغلین حرفه پزشکی می‌تواند شامل اشتباه در تشخیص، اشتباه در طرح درمان و یا اشتباه در مدیریت و اداره کردن بیماری باشد.

برای آنکه بتوان گفت فردی مرتکب قصور شده است، باید وظیفه یا مسؤولیتی در قبال فرد دیگر داشته باشد، در اجرای وظیفه یا مسؤولیت فوق، کوتاهی کرده باشد و در نتیجه کوتاهی نمودن در مسؤولیتی که نسبت به فرد داشته، وی دچار آسیب و زیان شده باشد. لذا برای اطلاق لفظ قصور پزشکی باید چهار شرط وجود داشته باشد که عبارتند از:

اول آنکه فرد باید بیمار پزشک باشد و در واقع پزشک مراقبت پزشکی و درمان وی را پذیرفته باشد. دوم اینکه استانداردهای قابل قبول برای خدمات بهداشتی، تشخیصی و درمانی مشخص باشد. سوم آنکه پزشک باید اعمالی انجام داده باشد که از نظر معیارهای علوم پزشکی قابل پذیرفتن نبوده، یا به طور شایع‌تر، اعمالی را که به عنوان اقدامات پذیرفته شده پزشکی باید انجام می‌داد، انجام نداده باشد و بالاخره چهارم اینکه در نتیجه انجام عملی که نباید انجام می‌شد و یا انجام ندادن کاری که باید انجام می‌گرفت، بیمار متحمل آسیب روانی، جسمی، یا مالی شده باشد. بدین ترتیب برای احراز قصور، وجود این چهار شرط لازم و ضروری است (۸، ۳، ۲، ۱).

[Downloaded from sjfm.ir on 2024-03-29]

پزشکان از نظر قانونی مسؤول خطاهای خود هستند، بنابراین اگر غفلت، عدم مهارت و سهل انگاری آنان در درمان و عدم رعایت نظامات دولتی و موازین پزشکی، باعث خسارت و ضرر بیماران گردد، باید به جبران آن بپردازند و از این رهگذر نیز امکان دارد، علاوه بر پرداخت جریمه نقدی یا خسارت مادی، محکومیت جزایی نیز پیدا کنند (۸، ۵، ۳، ۲، ۱).

آمار قصور: بر مبنای بررسی‌های به عمل آمده در مقابل هر شکایت شفاهی، ۴ بیمار ناراضی وجود دارد و در مقابل هر شکایت کتبی، ۱۰۰ شکایت شفاهی وجود دارد. در حقیقت باید گفت: در مقابل یک شکایت کتبی احتمالاً در حدود ۴۰۰ بیمار ناراضی وجود دارد (۳، ۲). گزارش‌های بین‌المللی در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است که متأسفانه علیرغم پیشرفت‌های قابل ملاحظه علم و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی، میزان شکایات سیر صعودی داشته است. مثلاً در آمریکا در سال ۱۹۷۰ حدود ۴-۳٪ از کل پزشکان در رشته‌های مختلف مورد شکایت قرار گرفته‌اند، که این میزان در سال ۱۹۷۲ به ۸٪، در سال ۱۹۸۰ به ۲۰٪ و در سال ۱۹۹۰ به ۲۵٪ از کل پزشکان شاغل در آن کشور رسیده است. این میزان در سوئد در عرض پنج سال ده هزار مورد بود، (میانگین ۲۰۰۰ مورد در سال) که بعدها این رقم به ۵۰۰۰ مورد در سال افزایش یافته است (۲، ۱). در انگلستان در سال ۱۹۷۸ هزار شکایت از شش میلیون بیمار بستری و نوزده میلیون بیمار سرپایی ثبت شده است. در مطالعه دیگری که در سال ۱۹۹۹ در یک مؤسسه پزشکی که جزئی از آکادمی ملی علوم آمریکا می‌باشد انجام شده، تخمین زده شده است که هر ساله تعداد زیادی از بیماران بستری در آن کشور در اثر قصور پزشکی از بین می‌روند (۹). عوارض ناشی از قصور پزشکی شامل آسیب‌ها، نقص عضوی، فلج، ناتوانی، اختلال عملکردی، قطع عضوی، بد شکلی عضو و مرگ می‌باشند. همچنین نمونه‌گیری انجام شده در یازده ایالت آمریکا نشان می‌دهد که داده‌های قصور پزشکی بین سال های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۲ به میزان ۱۸٪ افزایش یافته است (۱۰، ۹). بر اساس گزارشی از ایران در سال ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴، از میان پرونده‌های شکایت در رشته-های مختلف پزشکی و پیراپزشکی که به سازمان‌های پزشکی قانونی و نظام پزشکی در سراسر کشور ارجاع شده است، در ۵۰٪ موارد پزشکان و کادر معالج از اتهام، تبرئه و در بقیه موارد محکومیت‌های مختلف پیدا کرده‌اند. البته در میان پرونده‌های منجر به فوت فقط ۱۶ مورد به محرومیت از طبابت محکوم شده‌اند (۱۱). این در حالی است که در بیشتر کشورها خطاهای دارویی، شایعترین نوع خطای پزشکی است. بدین ترتیب کارآیی گروه پزشکی در کشورمان در مقایسه با کشورهای پیشرفته مثبت ارزیابی شده و پایین بودن آمار قصور پزشکی با توجه به جمعیت هفتاد میلیونی کشور که سالانه به طور متوسط چهار بار به پزشک مراجعه می‌کنند، نشان‌دهنده کیفیت مطلوب خدمات درمانی دانسته شده است (۱۱). ولی باید اذعان داشت که در ایران به علت عدم وجود یک سیستم جامع ثبت الکترونیک، بسیاری از خطاهای پزشکی ثبت نمی‌شود و یا به دلایل مختلف بسیاری از بیماران از طرح شکایت در موارد نسبتاً خفیف خودداری می‌کنند.

بر اساس اطلاعات موجود در سازمان پزشکی قانونی، در سال‌های اخیر به طور متوسط هر ساله حدود ۷۰ مورد شکایت از دندانپزشکان شاغل در شهر تهران از طریق دادسرای ویژه رسیدگی به جرایم پزشکی به کمیسیون‌های تخصصی رسیدگی به قصور دندانپزشکی مستقر در اداره کل پزشکی قانونی تهران ارجاع و مورد رسیدگی قرار گرفته است. بیش از نیمی از این موارد به پرداخت درصدهای مختلفی از دیه محکوم گردیده‌اند. فراوانی شکایات به ثبت رسیده بر علیه دندانپزشکان تهران نزدیک به ۱۰٪ کل شکایاتی است که بر علیه پزشکان عمومی و متخصص رشته‌های مختلف پزشکی در این شهر اقامه شده است. بنابراین به نظر نگارندگان، در مداخلات آموزشی که به منظور ارتقای توان پیشگیری از قصور برای گروه‌های مختلف پزشکی انجام می‌گردد، باید دندانپزشکان را یکی از گروه‌های عمده هدف جهت کسب این آموزش ها قلمداد نمود.

نسبیت قصور: قصور پزشکی به هر صورتی که باشد یک امر نسبی است. چه بسا پزشکان متبحر در موردی مرتکب قصور گردند که پزشکان دیگر آن مورد را به سادگی برگزار می‌نمایند و از طرفی نمی‌توان توقع داشت که همه پزشکان از معلومات یکسان و در سطح بالا برخوردار باشند. ولی تمامی این مسایل نباید منجر به این شود که پزشکان از پذیرفتن مسؤولیت درمان بیماران پر خطر شانه خالی کنند و تفکر پزشکی دفاعی بر جامعه پزشکی حاکم گردد (۱۳، ۱۲).

رضایت نامه و برائت نامه: شروع اقدامات درمانی منوط به اخذ رضایت از بیمار می‌باشد و فقط در موارد بیهوشی، محجوریت و قبل از سن قانونی است که رضایت از اولیای بیمار گرفته می‌شود. این رضایت باید با آگاهی نسبت به نوع اقدامات درمانی مورد نیاز و با اطلاع از مخاطرات احتمالی باشد. البته باید دانست که در موارد اورژانس که اجازه گرفتن ممکن نباشد، اخذ رضایت ضروری نیست (۱۴). بر اساس قانون مجازات اسلامی، پزشک در مقابل خسارات وارده به بیمار هر چند جزو عوارض شناخته شده باشد و قصوری از طرف پزشک صورت نپذیرفته باشد ضامن است مگر اینکه قبل از آن از بیمار برائت گرفته باشد (۱۵). ضمن آنکه نافذ بودن برائت نامه منوط به رعایت استانداردهای علمی در خدمات پزشکی و دندانپزشکی است. تمامی بیماران حق دارند از پزشک یا دندانپزشک خود انتظار یک درمان طبی استاندارد داشته باشند و تعریف درمان استاندارد به سطحی از درمان اطلاق می‌گردد که از پزشکانی با همان میزان از تخصص و تجربه که از لحاظ علمی و آموزشی شرایط مشابهی دارند، قابل انتظار است (۱۶). البته این به آن معنی نمی‌باشد که پزشکان و دندانپزشکان باید نتیجه درمانی رضایت بخش و قطعی را برای بیماران تضمین نمایند، زیرا دخالت عوامل متعدد از جمله عوامل بیولوژیکی و فردی مخصوص به هر شخص می‌تواند در نتیجه نهایی و قابل پیش بینی درمان اختلال ایجاد نماید. بنابراین، عدم نتیجه‌گیری مطلوب در درمان یک بیمار

[Downloaded from sjfm.ir on 2024-03-29]

ضرورتاً به معنای قصور پزشک یا دندانپزشک نمی‌باشد. مسؤولیت پزشک در امر درمان از لحظه‌ای که پزشک نیت به اقدام درمانی می‌نماید آغاز می‌شود و اقدام به درمان چه بصورت رایگان یا با عقد قرارداد، چه در مراکز درمانی دولتی یا خصوصی و یا آموزشی، چه در شرایط هوشیار با رضایت شخص و چه در شرایط بیهوشی و در وضعیت اورژانسی هیچکدام رافع مسؤولیت پزشک در این امر نمی‌باشد (۱).

مبانی و انواع قصور: مبنای دعوی قصور پزشکی و یا دندانپزشکی این است که بیمار متعاقب کوتاهی در استاندارد مراقبت‌های پزشکی و درمانی ارایه شده آسیب ببیند و یا متحمل ضرر و زیان گردد. به عبارتی دیگر این مراقبت‌ها یا کافی نبوده و یا مطلوب نبوده است و اگر بیمار بتواند این کوتاهی در استاندارد مراقبت‌های درمانی را اثبات نماید، پزشک ضامن پرداخت خسارت مالی به بیمار خواهد بود (۱۶). قصور پزشکی از نظر حقوقی انواع مختلفی دارد که شامل بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم‌مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی می‌باشد (۱۶، ۱). بی‌مبالاتی یعنی اینکه دندانپزشک یا پزشک از انجام اعمالی که در مواجهه با بیمار و بیماری او، جزو اعمال پذیرفته شده و ضروری بوده‌اند، غفلت نموده است. یعنی اموری که لازم بوده انجام دهد، انجام نداده است. مانند آنکه متخصص دندانپزشکی قبل از آنستزی بیمار نامزد عمل جراحی دندان نهفته عقل، شرح حال لازم را از نظر سابقه حساسیت دارویی نگرفته باشد، یا مشاوره‌های لازم را در مورد بیمار مبتلا به ناراحتی قلبی انجام نداده، یا نتیجه آزمایشات قبل از عمل را بررسی نکرده باشد؛ تمهیدات ویژه بیمار را در نظر نگرفته و بیمار در اثر شوک آنافیلاکسی یا عارضه قلبی یا انتشار عفونت به سایر ارگان‌های بدن و یا آسپیراسیون دچار آسیب جسمی شده و یا فوت کرده باشد (۱۷، ۳، ۱). بی‌احتیاطی بدین معنی است که طبیب، جراح یا سایرین با انجام اقداماتی در اثر بی‌توجهی و بی‌دقتی دچار اشتباه شده‌اند و در نتیجه بیمار دچار آسیب شده است، یعنی کارهایی انجام داده‌اند که نباید انجام می‌شد و انجام آنها جزو طرح درمانی نبوده است. «چیزی که خودش به خوبی گویاست»، یک بی‌احتیاطی است. مانند کشیدن دندان سالم به جای دندان معیوب بیمار، که در چنین حالتی دندانپزشک مرتکب قصور از نوع بی‌احتیاطی شده است (۱۸، ۱۷، ۳، ۱). عدم مهارت، به معنای ناتوانی در انجام اموری تخصصی که توانایی یا کارایی خاصی لازم دارند، می‌باشد. عدم مهارت ممکن است ناشی از تازه‌کاری و کم‌تجربگی باشد و یا ناشی از عدم بهره‌وری کافی از دانش مربوطه. به بیان دیگر عدم مهارت یعنی عدم آشنایی متعارف با اصول و دقایق علمی و فنی کار معین (۱۸، ۱). در مورد نمونه‌هایی از عدم مهارت می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: عدم بکارگیری تکنیک صحیح در تراش دندان و تهیه پروتز نامناسب که باعث آسیب یا ضرر و زیان بیمار شود؛ ناتوانی مقابله با عوارض حاصله در حین درمان دندانپزشکی، و انجام اقدامات درمانی خارج از حیطه تخصصی، مشروط بر اینکه موجب آسیب یا ضرر و زیان بیمار گردد. عدم رعایت نظامات دولتی، منظور نظامات خاص مربوط به صاحبان حرفه‌های پزشکی و رشته‌های وابسته است. این نظامات خاص شامل قوانین و آیین‌نامه‌های نظام پزشکی و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بخشنامه‌های مراکز علمی و درمانی و هرگونه قانون، مصوبه، آیین‌نامه، بخشنامه و دستورالعمل‌هایی که از طرف قانونگذار یا مقامات صلاحیت‌دار در امور پزشکی وضع گردیده، می‌باشد. عمل نکردن به هر کدام را عدم رعایت نظامات دولتی می‌گویند. عدم پذیرش بیماران اورژانسی، تجویز داروهای ممنوعه، افشای اسرار بیماران (به جز به موجب قانون)، تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار، ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیر واقعی وخامت بیماری، تبلیغات گمراه کننده و موارد مشابه مثال‌هایی از عدم رعایت نظامات دولتی هستند (۱۹، ۱).

عدم رعایت نظامات دولتی ممکن است علاوه بر محکومیت کیفری و جبران خسارت وارده منجر به محکومیت انتظامی پزشکان و دندانپزشکان شود، ولی مواردی از عدم رعایت نظامات دولتی که صرفاً به صورت خطا اتفاق افتاده و موجب ضرر و زیان اشخاص دیگر نشده باشد موجب مسؤولیت کیفری نخواهد شد.

برای آشنایی بیشتر با مبانی قانونی رسیدگی به قصور پزشکی در اینجا به برخی مواد قانون مجازات اسلامی در رابطه با حرفه پزشکی اشاره می‌کنیم (۱۵):

ماده ۳۱۹ - هرگاه طبیبی گرچه حاذق و متخصص باشد در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آنرا صادر می‌کند، هرچند با اذن مریض یا ولی او باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است.

ماده ۳۲۲ - هرگاه طبیب یا بیطار و مانند آن قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او یا از صاحب حیوان برائت حاصل نماید عهده‌دار خسارت پدید آمده نخواهد بود.

ماده ۶۰ - چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل نموده باشد ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نمی‌باشد.

بند "ب" ماده ۲۹۵ - یکی از موارد پرداخت دیه، قتل یا جرح یا نقص عضو که بطور خطاوی شبیه عمد واقع شود، می‌باشد و آن در صورتی است که جانی، قصد فعلی را که نوعاً سبب جنایت نمی‌شود داشته باشد و قصد جنایت را نسبت به مجنی‌علیه نداشته باشد. مانند آنکه کسی را به قصد تأدیب به نحوی که نوعاً سبب جنایت نمی‌شود بزند و اتفاقا" موجب جنایت گردد، یا طبیبی مباشرتاً بیماری را بطور متعارف معالجه کند و اتفاقاً سبب جنایت بر او شود.

ماده ۲۹۵ تبصره ۳ - هرگاه بر اثر بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا عدم مهارت و عدم رعایت مقررات مربوط به امری قتل یا ضرب یا جرح واقع شود، به نحوی که اگر آن مقررات رعایت می‌شد حادثه‌ای اتفاق نمی‌افتاد قتل یا ضرب یا جرح در حکم شبه عمد خواهد بود.

ماده ۳۰۱ - دیه زن و مرد یکسان است تا وقتی که مقدار دیه به

[Downloaded from sjfm.ir on 2024-03-29]

ثلث دیه کامل برسد، در آن صورت دیه زن نصف می شود.

بـا ملاحظه و دقت در مبانی قانونی فوق، اصول کلی آرای محاکم قضایی در مورد قصور پزشکی مشخص می‌گردد. در بخش‌های دیگری از قانـون مجازات اسـلامی مقدار دیه اعضای مختلـف بدن و صدمات و ضایعات آنها مشـخص گردیده اسـت، که در اینجا با توجه به اینکه مخاطب اصلی این مقاله دندانپزشـکان هسـتند به شرح دیه دندان‌ها مطابـق فصل هفتم بخش دیات قانون مجازات اسـلامی اکتفا می‌کنیم (۲۰):

ماده ۴۰۳- از بین بردن تمام دندان‌های بیسـت و هشت گانه دیه کامل دارد و به ترتیب زیر توزیع می‌شود:

۱ - هریـک از دندان‌های جلو که عبارتنـد از پیش و چهارتایی و نیـش که از هـر کدام دو عدد در بالا و دو عـدد در پایین می‌روید و جمعاً دوازده تا خواهد بود، پنجاه دینار و دیه مجموع آنها ششصد دینار می‌شود.

۲ - هر یک از دندان‌های عقب که در چهار سـمت پایانی از بالا و پایین در هر کدام یک ضاحک و سه ضرس قرار دارد و جمعاً شانزده تـا خواهد بود، بیسـت و پنج دینار و دیه مجمـوع آنها چهارصد دینار می‌شود.

ماده ۴۰۵- هر گاه دندان‌ها از بیسـت و هشـت تا کمتر باشـد به همان نسـبت از دیه کامل کاسته می‌شود خواه خلقتاً کمتر باشد یا در اثر عارضه‌ای کم شده باشد.

ماده ۴۰۶- فرقی میان دندان‌هایـی که دارای رنگ‌های گوناگون می‌باشـند نیست و اگر دندانی در اثر جنایت سیاه شود و نیفتد دیه آن دو ثلث دیه همان دندان است که سالم باشد و دیه دندانی که قبلا سیاه شده ثلث همان دندان سالم است.

ماده ۴۰۷- شـکاف (اشقاق) دندان که بدون کندن و از بین بردن آن باشد تعیین جریمه مالی آن با حاکم است.

ماده ۴۰۸- شکسـتن آن مقدار از دندان که نمایان اسـت با بقای ریشـه، دیه کامل آن دندان را دارد و اگر بعد از شکسـتن مقدار مزبور کسی بقیه را از ریشه بکند جریمه آن با نظر حاکم تعیین می‌شود خواه کسی که بقیه را از ریشه کنده همان کسی باشد که مقدار نمایان دندان را شکسته یا دیگری.

ماده ۴۰۹- کندن دندان شـیری کودک که دیگر بجای آن دندان نرویـد دیه کامل آنرا دارد و اگر بجای آن دنـدان بروید دیه هر دندان شیری که کنده شده یک شتر می‌باشد.

ماده ۴۱۰- دندانی که کنده شـود دیه کامل دارد گرچه همان را در محلش قرار دهند و دوباره مانند سابق شود.

مـاده ۴۱۱- هر گاه دندان دیگری بجای دندان اصلی کنده شـده قرار گیرد و مانند دندان اصلی شود کندن آن دیه کامل دارد.

ارزش ریالی معادل دیه هر سـال توسط قوه قضاییه تعیین و ابلاغ می‌گردد. این نرخ برای سـال ۱۳۸۶ مبلغ سیصد و پنجاه میلیون ریال اعلام شـده اسـت و بدین ترتیب دیه هر یک از دندان‌های قدامی برابر بـا هفده میلیون و پانصد هزار ریـال و دیه هر یک از دندان‌های خلفی معادل هشت میلیون و هفتصد و پنجاه هزار ریال خواهد بود.

مراجع رسـیدگی به قصـور: در تهران کمیسـیون‌های تخصصی پزشـکی قانونی و نظام پزشـکی، با دعوت از کارشناسـان متخصص و مجـرب، کار رسـیدگی و اظهار نظر تخصصی در رابطـه با پرونده‌های شکایت از پزشـکان را بر عهده دارند. بدیهی اسـت صرف‌نظر از اینکه کمیسـیون تخصصی بررسـی قصـور در کدامیـک از نهادهای مذکور تشـکیل گـردد، در نهایت، وظیفه دادرسـی و صـدور آرای قضایی بر عهده محکمه قضایی اسـت که اگرچه ملزم به تبعیت محض از نظرات کمیسـیون‌های مذکور نیسـت، ولی معمولاً بر اساس آرای کارشناسی کمیسیون‌های تخصصی فوق تصمیم‌گیری خواهد نمود.

قابل ذکر است که بر خلاف سازمان نظام پزشکی و دادسرا، بیماران شـاکی نمی‌توانند مسـتقیماً جهت طرح دعوی قصور پزشکی به سـازمان پزشکی قانونی کشور مراجعه نمایند و پزشکی قانونی فقط بـه پرونده‌هایی رسـیدگی می‌کند که از طریق محاکـم قضایی به آن ارجاع شود. جلسات کارشناسی در مورد قصور پزشکی عموماً به صورت کمیسـیونی مرکب از متخصصان مجرب پزشـکی (یا دندانپزشکی) و متخصصان پزشـکی قانونی تشـکیل می‌شـود و این کمیسـیون نظر تخصصی خود را در مورد دعوی مطروحه و اینکه قصور پزشـکی اتفاق افتـاده یا خیر اعـلام می‌کند و در صورت بروز قصور نوع و میزان قصور و میزان صدمات یا عوارض حاصله و ارزش مالی آنها را بر اساس قانون دیات به دادسرای ویژه رسیدگی به جرایم پزشکی اعلام می‌کند. دادسرا پس از دریافت گزارش کارشناسـی پزشکی قانونی یا نظام پزشکی و یا هیئت کارشناسی منتخب خود، در مورد قصور پزشکی رأی می‌دهد که می‌تواند رای تبرئه و یا صدور کیفرخواست جهت پرداخت غرامت باشد، پس از ارسال کیفرخواست از دادسرا به دادگاه رأی نهایی توسط دادگاه صادر و پس از انجام سـایر تشریفات قانونی جهت اجرا به دایره اجرای احکام ابلاغ می‌گـردد. این قبیل آرا، معمولاً متضمن پرداخت درصدی از دیـه جهت جبران خسـارت وارده بر بیمار خواهـد بود. به علاوه در سازمان نظام پزشـکی در مورد تخلفاتی که براساس قانون تشکیل آن سازمان، جنبه انتظامی دارد، رأساً رسیدگی و مجازات متناسب انتظامی تعیین می‌گردد (۱۹).

شـرایط تبرئه شـدن از اتهام قصور: برای تبرئه شـدن باید چهار شـرط به شرح ذیل وجود داشـته باشـد: اول آنکه اقدامات پزشک یا دندانپزشـک، قانونی باشـد. دوم اینکه قصد درمان داشـته باشد. سوم اینکه اقدامات تشـخیصی و درمانی انجام شده علمی، اخلاقی و مشروع باشـند و بالاخره چهـارم آنکه برائـت نامه گرفته باشـد (۱). بنابراین اقدامات پزشـک و دندانپزشـک باید علمی، قانونی و اخلاقی باشند. در غیر اینصورت ولو اینکه از بیمار رضایت یا برائت‌نامه هم گرفته باشد، باز هم مسؤول خواهد بود. به عنوان مثال پزشکی که اقدام به سقط جنین غیـر قانونی نماید، حتی در صـورت اخذ برائت نامه نیـز قابل تعقیب اسـت. از طرفی پزشک و دندانپزشـک علیرغم اخذ برائت نامه موظفند

[Downloaded from sjfm.ir on 2024-03-29]

خدمات تشـخیصی و درمانی خود را بر اساس اصول و ضوابط پذیرفته شـده علمی ارایه دهند. مطابقت اقدامات تشخیصی و درمانی با اصول و موازین علمی حرفه تخصصی مربوطه، مهم‌ترین معیار علمی و عملی رسـیدگی به دعاوی قصور پزشـکی و دندانپزشکی است. کار بررسی و تطبیق اقدامات تشـخیصی و درمانی با اسـتانداردهای علمی مربوطه حسـب مورد بر عهده کارشناسان پزشکی و دندانپزشکی منتخب است که توسـط دادسرا و یا کمیسیون‌های تخصصی ذیربط در سازمان های پزشکی قانونی و نظام پزشکی تعیین می‌گردند.

عوامل مؤثر در طرح شـکایت بیماران از پزشکان و دندانپزشکان: بررسی‌های آماری حاکی از افزایش تعداد شکایات در بسیاری از رشته-های پزشکی و دندانپزشکی است و در بررسی‌های تحلیلی مشاهده می-شود اغلب این شکایات مربوط به مسایل قابل اجتناب است و همکاران پزشـک و دندانپزشـک می‌توانند با دقت در انجام وظایف خود و حفظ خونسردی و توجه به وضع روحی بیمار و اطرافیان او و شرایط اقتصادی آنها و امکانات درمانی خود و در نظر گرفتن اوضاع و احوال کلی از بروز بسیاری از این شکایات پیشگیری نمایند.

در تحقیقاتی که در سـازمان پزشکی قانونی کشور و سازمان نظام پزشـکی جمهوری اسلامی ایران انجام شـده، مهم‌ترین عوامل مؤثر در شکایات پزشـکی و دندانپزشکی به شـرح ذیل بوده است، هرچند که حدود نیمی از این شـکایات منجر به محکومیت کادر معالج نمی‌گردد (۲۲، ۲۱، ۴-۲).

۱. عوامل رفتاری.

۲. آگاهـی ندادن به بیمار و اطرافیان او درباره عوارض احتمالی و خطرات غیرقابل پیش‌بینی.

۳. موضوع هزینه درمان که خارج از عرف بودن آن موجب وسوسه بیمار به طرح شکایت می‌گردد.

۴. عامل رشـته تخصصی (در برخی رشـته‌های تخصصی به علت ماهیت دشـوار بیماری‌ها و یا اورژانس بودن مـوارد و یا پرهزینه بودن درمان‌ها احتمال شکایت بیشتر است).

۵. دخالـت سـایر همکاران (تحریک توسـط سـایر پزشـکان و دندانپزشکان).

۶. نگرفتن شرح حال کامل و انجام ندادن معاینه دقیق قبل از اقدام درمانی و عدم تکمیل دقیق پرونده و مستندات بالینی و پاراکلینیک.

۷. قصور و کوتاهی در مراقبت‌های بعد از عمل جراحی.

۸. انتخاب اشتباه بیمار.

۹. عدم مطالعه کافی و نداشتن اطلاعات لازم از تازه‌های تخصصی پزشکی و دندانپزشکی.

۱۰. مجهز نبودن بیمارستان، درمانگاه، کلینیک و مطب به وسایل درمانی و لوازم و تجهیزات ضروری پزشکی و دندانپزشکی.

۱۱. مدیریـت نادرسـت، بکار گمـاردن افراد فاقـد صلاحیت در درمانگاه، بیمارستان و اتاق عمل و نقص در سیستم تجهیزات مربوطه.

۱۲. بی‌توجهی به سطح فرهنگ، سنن و آداب و اعتقادات بیماران.

بحث و نتیجه گیری

شکایات مربوط به قصور پزشکی و تخلفات حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و رشته‌های وابسته، یکی از دغدغه‌های مهم امروز جامعه پزشکی ایران است، که اگرچه متخصصان پزشکی قانونی، سازمان‌های پزشکی قانونی، نظام پزشکی و انجمن پزشکان قانونی ایران با برگزاری همایش-ها و کنفرانس‌های بازآموزی تحت عنوان «پزشـک و قانون»، گام‌های مهمی برای تبیین آن و آگاه کردن شاغلین رشته‌های مختلف پزشکی برداشـته‌اند، ولی هنوز بسیاری از اعضای جامعه پزشکی اطلاعات لازم و کافی از این امر ندارند. مجازات‌های خطیری که برای مرتکبین قصور پزشـکی پیش‌بینی شده، تعدد مراحل رسـیدگی و تجدیدنظرخواهی، افزایـش عوامل تحریک‌کننده بیماران، افزایش بی‌رویه تعداد پزشـکان همراه با افزایش جمعیت کشـور، ارتقای سـطح آگاهی بیماران و فعال شـدن وکلا و مشـاورین حقوقی که به موضوع شـکایت از پزشـکان و دندانپزشکان دامن می‌زنند، موجب افزایش میزان شکایت از پزشکان و دندانپزشکان شده است.

پزشکان و دندانپزشکانی که مورد پیگرد قضایی و یا انتظامی قرار می‌گیرند، متحمل فشـارهای روحی و روانی فراوانی می‌شـوند و ترس از پیگـرد قانونی نیز بر اعتماد به نفس بعضـی از همکاران تأثیر منفی می‌گـذارد. بی‌تردید زیان‌های حاصل از این موارد، دامنگیر پزشـکان و بیماران هر دو می‌گردد و بر کیفیت خدمات پزشـکی و دندانپزشـکی آثار سـویی خواهد گذاشت؛ بنابراین لازم است راهکارهایی اتخاذ گردد که ضمن اسـتیفای حقوق بیماران، مصونیت جامعه پزشکی را نیز ارتقا بخشد.

سطح بندی خدمات تشخیصی و درمانی دندانپزشکان با بازنگری در شـرح وظایف مصوب تخصص‌های مختلف این رشته توسط وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشـکی بـا همکاری انجمن‌هـای علمی مربوطـه و تدوین اسـتانداردهای فنـی و علمی مربوط بـه هر یک از خدمات دندانپزشکی و نیز تعیین و اجرای تعرفه‌های درمانی مناسب و مشـخص، نظارت بر کیفیت و بهای مواد مصرفی و گسترش نظارت بر نحوه ارایه خدمات دندانپزشکی، می‌تواند باعث کاهش میزان نارضایتی بیماران و کاهش شکایات آنان گردد. با این همه، مهم‌ترین و شایع‌ترین عاملـی که منجـر به محکومیت کادر معالج و الزام به جبران خسـارت می‌گردد عدم رعایت اصول و موازین علمی یعنی همان اسـتانداردهای درمانی مورد انتظار است که این استانداردها را نیز عرف جامعه پزشکی و دندانپزشـکی تعیین می‌کند و از مصادیق بارز و شـایع آن در حوزه خدمات دندانپزشـکی عدم ثبت و ضبط دقیق و مستند وضعیت بیمار قبل و بعد از ارایه خدمات درمانی، انتخاب طرح درمان غلط، و خودداری از ارجاع بیماران دشوار و پیچیده به متخصصین مربوطه است. بنابراین اگر دندانپزشـک به دنبال اخذ شرح حال دقیق، قبل از اقدام به درمان علاوه بر اخذ رضایت نامه و برائت نامه، اقدامات تشـخیصی ضروری را انجام داده، وضعیت بیمار را بصورت مسـتند ثبت نماید و بر اساس آن

[Downloaded from sjfm.ir on 2024-03-29]

یک طرح درمان قابل قبول و قابل دفاع علمی به بیمار پیشـنهاد کند؛ فوایـد و مضار احتمالی طرح درمـان انتخابی را به بیمار توضیح دهد و درمان‌هایـی را انجام دهـد که از نظر توان علمی و عملی و تخصصی از عهده وی برآید و همچنین در صورت لزوم با سایر متخصصین مربوطه مشـورت و موارد پیچیده را به متخصصین و اسـاتید فن ارجاع نماید، می‌توان انتظار داشـت که در مقابل طرح دعاوی احتمالی بتواند بخوبی از عملکـرد خود دفاع نموده و از هر محکمه ای پیروز و سـربلند خارج گردد (۲۸-۲۳).

کارشناسی تخصصی در مورد شکایات پزشکی که توسط کمیسیون-های پزشکی سازمان‌های نظام پزشکی و پزشکی قانونی انجام می‌شود، باعث کمک به حفظ شـؤون حرفه‌ای پزشکان و دندانپزشکانی می‌شود که مورد شکایت قرار می‌گیرند. افزایش آگاهی جامعه پزشکی از قوانین و مقررات حاکم بر حرفه خود از طریق شرکت در کنگره ها و همایش-هـای بازآموزی و مطالعه متون علمی مربوطه، موجب روشـن شـدن اذهان ایشـان در رابطه با شکایات احتمالی می‌شود. استفاده از مشاوره حقوقی متخصصان پزشـکی قانونی به جامعه پزشـکی و دندانپزشکی امـکان افزایش توان دفاعی آنان را در برابر شـکایات احتمالی می‌دهد و راه‌های پیشـگیری از قصور و تخلفات حرفـه‌ای را به آنان می‌آموزد. اصلاح ماده ۶۱۶ قانون مجازات اسـلامی به نحوی که جرایم ناشـی از قصور پزشـکی از این ماده قانونی مستثنی شود، امکان حبس به عنوان یک مجـازات قانونی برای قصورهای پزشـکی منجر به نقص عضوی و مـرگ را از بین می‌برد. بنابرایـن اقتضا دارد انجمن‌هـای علمی گروه پزشـکی و سازمان نظام پزشـکی به منظور برطرف‌کردن ریشه‌ای این مشـکل، پیگیری مسـتمری از قوه قضائیه و مجلس شـورای اسلامی اعمال نمایند و در نهایت توصیه آخر به همکاران پزشـک، دندانپزشک، مسـؤولین فنی و سـایر افرادی که در امور تشخیصی و درمانی فعالیت می‌کنند، اسـتفاده از بیمه مسـؤولیت حرفه‌ای اسـت تا ضمن ارتقای مصونیت خود، موجبات صیانت از حقوق بیماران نیز فراهم گردد.

منابع

۱ – تقدسـی نژاد فخرالدین ، شـیخ آزادی اردشـیر، جعفری رمضان. بررسـی شناخت و نگرش کارورزان دانشـگاه علوم پزشکی تهران نسـبت به مسایل حقوقی حرفه پزشـکی. پایان نامه دکترای حرفه-ای پزشکی عمومی، تهران دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۸.

۲ – محفوظـی علـی، تقدسـی‌نژاد فخرالدیـن، عابـدی خوراسـگانی محمدحسن. بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته بیهوشـی ارجاع شـده به کمیسیون پزشـکی قانونی کشور در شش ساله منتهی به اسفند ماه ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی، سال ۸، شماره۲۶، بهار ۱۳۷۸: صفحات ٤ تا ۹.

۳ – عمویی محمود، سلطانی کامران. بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع شـده به سازمان پزشـکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پزشـکی قانونی، سال ٦، شماره ۲۱، زمسـتان ۱۳۷۹: صفحات ۱۵ تا ۲۳.

٤ – نوبخت حقیقی علی، زالی محمدرضا، مهدوی محمدصادق، نوروزی آزیتا. بررسی علت شکایت بیمار از پزشک معالج در مراجعه‌کنندگان به سـازمان نظام پزشـکی تهران. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسـلامی ایران. دوره ۱۸، شماره ٤، سال ۱۳۷۹: صفحات ۲۹۵ تا ۳۰۳.

۵ – اشـرفیان بناب مازیار. ضروریات پزشکی قانونی. چاپ اول. تهران، انتشارات دیدآور، ۱۳۷۸: ص ۲۲.

٦ – عمید حسـن. فرهنگ فارسـی عمید. چاپ چهارم. تهران، موسسه انتشارات امیرکبیر، ۱۳۷٤: ص ۹٤۱.

۷ – گـودرزی فرامرز، کیانی مهرزاد. پزشـکی قانونی برای دانشـجویان رشته حقوق. چاپ اول. تهران، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت)، سال۱۳۸٤: صفحات ۱۹تا ۲۸.

8- Charatan F. Medical errors kill almost 100000 Americans a year. BMJ. 1999 December 11; 319 (7224): 1519.

9- Harris MH. To err is human--the fallible physician. S D J Med 2004 Jan; 57 (1): 9-11.

10- Kermode-Scott B. US has most reports of medical errors. BMJ. 2005 Nov 12; 331 (7525): 1100.

۱۱ – صدر سیدشهاب‌الدین. ده هزار خطای پزشکی در طول یک سال. روزنامه همشـهری، سال سیزدهم، شـماره ۳۷۰۳. تهران، انتشارات مؤسسه همشهری، ۳۱ اردیبهشت ۱۳۸٤ ص٦ .

12- Hiatt HH, Barnes BA, Brennan TA. A study of medical injury and medical malpractice, an over view. N Engl J MED 1989; 321: 480- 484.

13- Harvard Medical Malpractice. Study Group. Patients , doctors and lawyers: Medical injury, malpractice litigation and patient compensation in New York. Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med 1990; 70-76.

۱٤ – قانون مجازات اسـلامی. چاپ اول. تهران، روزنامه رسمی کشور. ۱۳۷۵: ماده ٦۰.

۱۵ – قانون مجازات اسـلامی. چاپ اول. تهران، روزنامه رسمی کشور. ۱۳۷۵: مواد ۲۹۵ و ۳۱۹ تا ۳۲۲.

۱٦ – عباسـی محمود. مجموعـه مقالات حقوق پزشـکی. ج۳، تهران: انتشارات حقوقی؛ ۱۳۷۷: ص ۱٤۳.

17- Way LW، Doherty GM. Current surgical Diagnosis & Treatment. 11th edition. California: Lange; 2003; 72-85.

18-Hagihara A, Nishi M, Nobutomo K. Standard of care and liability in medical malpractice litigation in Japan. Health Policy. 2003; 65: 119-127.

[Downloaded from sjfm.ir on 2024-03-29]

۱۹ – قانون تشکیل ســازمان نظام پزشکی. مصوب ۱۳۸۲/۲/۱۸ مجلس شورای اسلامی.

-۲۰ قانون مجازات اســلامی. چاپ اول. تهران، روزنامه رســمی کشور. ۱۳۷۵: باب دیات.

-۲۱ صدر سیدشهاب‌الدین، قدیانی محمدحسن، پرویز محسن، باقرزاده علی اصغر. پایان نامه بررســی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته تخصصی ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.

-۲۲ صدر ســید شهاب‌الدین، قدیانی محمدحسن، حیدری محمد ودود. پایان نامه بررســی پرونده های شــکایت از قصور پزشکی در رشته جراحی عمومی در یک دوره شــش ســاله رســیدگی در اداره کل پزشــکی قانونی استان تهران طی ســالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.

23- Zinman E. Dental and legal considerations in periodontal therapy. Periodontology2000. 2001; 25, 114–130.

24- Goldman RP, Brown JL. The California dentist's legal handbook, Ch. 15, 1998.

25- Goldman RP. Your duty to refer. ADA Legal Adviser, 1998; 2(9): 6.

26- James F. Smith. Law and Risk Management in Dental Practice. Journal of Prosthodontics. 2003; 12(4), 335-337.

27- Nelson GV. Guidelines to the prevention of problems in recordkeeping. Part 1. Pediatr Dent 1989; 11(2):174-7.

28- Plunkett LR. Managing Patient Records. N Y State Dent J. 1997; 63(4):10-4.

[Downloaded from sjfm.ir on 2024-03-29]