

# مدارک پزشکی از دیدگاه پزشکی قانونی

فاطمه صدرالدینی

عضو هیئت علمی گروه مدارک پزشکی

دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

★ خلاصه

یکی از مهمترین ابعاد ارزشی مدارک پزشکی علاوه بر جنبه‌های پزشکی، رعایت مسائل قانونی است. در واقع مدارک پزشکی در مراجع قانونی بعنوان قاضی، نقطه عطف دعاوی گروه‌های ذینفع می‌باشند و از حقوق بیمار، کادر درمانی و بیمارستان حمایت نموده، موجب کسب مصونیت برای بیمارستان در مقابل دعاوی بیماران می‌گردد.

## ★ گروه‌های اجتماعی ذینفع مدارک پزشکی

عمده‌ترین این گروه‌ها عبارتند از: بیماران، کادر درمانی بیمارستان، مسئولین بیمارستان، کمیته مدارک پزشکی، سازمان پزشکی قانونی، سازمان نظام پزشکی، سازمان اسناد ملی، مراجع قضایی و دادگاه‌ها، وکلای دادگستری، شرکتهای بیمه، برخی مؤسسات دولتی و بخشهایی از جامعه. هر یک از گروههای فوق از اسناد و مدارک پزشکی، به نحو خاصی بهره می‌جویند.

کارکنان واحدهای مدارک پزشکی مسئول هستند دعای افراد و مؤسسات فوق را تفکیک و نسبت به آنها برخورد نمایند. در بیمارستانها وجود استانداردهای قانونی و دستورالعملهای مدون کارکنان مدارک پزشکی را در انجام این مسئولیت کمک زیادی خواهد نمود.

آگاهی پرسنل مدارک پزشکی نسبت به مقررات قانونی کاملاً ضروریست زیرا این مقررات در فعالیتهای حرفه‌ای آنها و قضاوت روزمره در رابطه با وظایفشان تأثیر دارد.

بحث جنبه‌های پزشکی و قانونی اسناد و مدارک<sup>(۱)</sup> پزشکی مستلزم اطلاع از

استانداردهای تعیین شده توسط مؤسسات ذیربط و شناخت قوانین و مقررات جاری بیمارستان، آگاهی از قوانین و مقررات حرفه‌ای و قوانین حقوقی هر یک از گروههای اجتماعی نسبت به مدارک پزشکی است.

## ★ ابعاد عمده پزشکی قانونی مدارک پزشکی

۱- اعتبار مدارک پزشکی

۲- مسئولیت مدارک پزشکی

۳- مالکیت مدارک پزشکی

۴- ایمنی مدارک پزشکی

۵- محرمانه بودن مدارک پزشکی

۶- استفاده از اطلاعات پزشکی

۷- مبادله اطلاعات پزشکی

۸- رضایت نامه و برائت نامه درمانی

۹- گواهی نامه‌های پزشکی

در قرن بیستم عواملی بوجود آمد که در امر پیشرفت مدارک پزشکی تأثیر بسیار گذاشت مهمترین این عوامل را می‌توان موضوع استاندارد نمودن بیمارستانها و معتبر شناخته شدن آنها شمرد.

در استاندارد نمودن بیمارستانها لزوم

۱- عنوان اسناد در رابطه با مدارکی است که جنبه مالی داشته، مربوط به هزینه‌های درمانی است و عنوان مدارک پزشکی مدارکی است که جنبه درمانی دارد.

وجود بخش مدارک پزشکی برای تمام بیمارستانها تأکید گردیده است.

### ۱- اعتبار مدارک پزشکی

«تنها امضای پزشک و تأیید او دلیل اعتبار مدارک پزشکی نیست.»

شرایط عمده اعتبار:

(الف) استاندارد بودن مدارک پزشکی.

(ب) مدارک پزشکی باید نسخه اصلی باشند.

(پ) امضا و ثبت مشخصات و مهر نظام

پزشکی و شماره نظام پزشکی

توضیح اینکه امضاء به معنی پذیرش

مسئولیت علمی - پزشکی و حقوقی پرونده

پزشکی است که باید بصورت امضای معتبر

بوده و نمونه آن در دفتر مدیریت بیمارستان

منعکس باشد.

(ت) صحت مطالب

(ث) ثبت تاریخ و ساعت دقیق علی الخصوص

ساعت و تاریخ - پذیرش اجرای دستورات

پزشک - عمل جراحی - ترخیص و فوت

(ج) تکمیل نمودن و عدم نقص: مدارک پزشکی

از نظر اطلاعات پزشکی و محتوای پرونده

پزشکی باید کامل باشد. بخشی از قانون

مدارک پزشکی حداقل اطلاعات پزشکی و

گزارشات پزشکی را که باید در پرونده هر

بیمار موجودیت داشته باشد تعیین می کند که

عبارت است از گزارشات پزشک اصلی برای

کلیه بیماران و گزارشات پزشکی اختصاصی برحسب نوع بیماری و نیاز.

مسئله کاربرد برگه استاندارد توسط تیم

درمانی علی الخصوص کادر پزشکی که با

امضای مسئول مدارک پزشکی ارسال

می گردد یکی از موارد مهم در تکمیل پرونده

پزشکی ناقص است.

بطور کلی عدم ثبت تشخیص نهایی - عدم

تکمیل خلاصه پرونده و عدم ثبت وضعیت

بیمار به هنگام ترخیص (نتایج

پنج گانه درمان) توسط پزشک معالج از

موارد مهمی است که در ارزش قانونی

پرونده پزشکی ایجاد اشکال خواهد نمود.

مدارک اولیه پزشکی باید ظرف

۲۴ ساعت پس از پذیرش بیمار نوشته شده و

ظرف ۴۸ ساعت پس از ترخیص در بخش

درمانی تکمیل و به بخش مدارک پزشکی

ارسال و رسید دریافت گردد و در موارد

استثنائی که گزارش پاتولوژی یا معاینات

ویژه ظرف ۴۸ ساعت ارجاع داده نشده باید

منتظر گردید.

الزاماً در تکمیل پرونده بیمار مرخص

شده یک تأخیر هفتگی حداکثر زمان قابل

قبول می باشد، به استثنای تکمیل فرمهای

کالبدگشایی.

این بررسی در جهت تکمیل پرونده پزشکی است.

بالاخره مسئول بایگانی پزشکی با زدن مهر «کامل است» تکمیل بودن پرونده پزشکی را تأیید و مسئولیت بایگانی و حفظ و نگهداری آنرا در شرایط مساعد با توجه به عوامل زیست محیطی مؤثر در آسیب رسانی آنها تا مدت مقرر قانونی به عهده دارد.

### ۳- مالکیت مدارک پزشکی

مدارک پزشکی قانوناً نه اموال بیمار و نه پزشک است بلکه تحت مالکیت بیمارستانی است که اولین مرتبه بیمار را پذیرش نموده است. درست است که موضوع مالکیت مدارک پزشکی ماهیتاً هیچ مشکل حقوقی خاصی را مطرح نمی‌کند اما غیر از سایر مواردی است که مالکیت حق سلطه و کنترل ایجاد می‌کند بطوریکه بیمارستان در مورد مالکیت پرونده‌های پزشکی نمی‌تواند حق کنترل خود را به همه افراد و مؤسسات اعمال کند بدلیل اینکه برخی افراد ذینفع حق رؤیت و دسترسی به رونوشت برخی از مدارک پزشکی را دارند اینجا است که مشکل واقعی نمایان می‌گردد که یکی از ابعاد آن تضاد منافع ادعاهای رقیبانه است.

بعضی قوانین به بیمار و پزشک و نماینده مجاز بیمار حق بررسی و

۲- مسئولیت صادر کننده مدارک پزشکی  
مسئولیت تنظیم و تصحیح و تکمیل مدارک پزشکی در درجه اول با پزشک معالج سپس مسئولیت نهایی تکمیل بودن پرونده پزشکی به عهده رئیس بخش درمانی است و بالاخره بررسی پرونده‌های پزشکی ناقص به عهده کمیته‌های پزشکی از جمله کمیته مدارک پزشکی و در موارد اختصاصی به عهده کمیته‌های دیگر مثل کمیته عفونت و ... است.

مسئول دپارتمان مدارک پزشکی، پزشک معالج را در بررسی و کنترل کامل بودن گزارشات پزشکی و پرونده پزشکی یاری می‌کند.

مسئولیت بررسی کمی و کیفی پرونده پزشکی به عهده مسئولین بخش مدارک پزشکی است.

بررسی کمی = موجودیت گزارشات پزشکی اصلی و اختصاصی

بررسی کیفی = بررسی کلیه موارد اعتبار مدارک پزشکی (الف - ب - پ - ت - ث - ج) و همچنین کنترل ثبت و صحت و تطابق مشخصات فردی بیمار و شماره بیمارستانی او در کلیه گزارشات پزشکی.

البته این بررسی کیفی با بررسی کیفیت درمان که جزء وظایف پزشک معالج و نهایتاً کمیته مدارک پزشکی است متفاوت است و

آتش سوزی عمدی - سرقت - دستبرد

۵- محرمانه بودن مدارک پزشکی

«محتویات مدارک پزشکی محرمانه

بوده، نباید بدون مجوز لازم در اختیار

دیگران حتی خود بیمار قرار گیرد.»

بقرات در سوگندنامه خود برای اولین بار

مسئله محرمانه بودن مدارک پزشکی را با

عنوان زیر مطرح نمود:

«آنچه در حین انجام دادن حرفه و حتی

خارج از آن درباره زندگی مردم خواهم دید

یا خواهم شنید که نباید فاش شود به هیچ کس

نخواهم گفت زیرا این قبیل مطالب را باید به

گنجینه اسرار سپرد.»

در سوگندنامه پزشکی ژنو که در سال

۱۹۴۸ به تصویب مجمع عمومی انجمن

پزشکی جهانی رسیده عبارت زیر دیده

می شود:

«من راز کسی را که مرا محرم اسرار

خود دانسته همواره نگاه خواهم داشت.»

همچنین در مصوبات سومین مجمع جهانی

پزشکی که در اکتبر ۱۹۴۹ در لندن تشکیل

شده بود در ارتباط با اسرار پزشکی آمده

است.

«پزشک باید مطلقاً راز بیمار خویش را

فاش نکند خواه آن قسمت که بیمار مستقیماً

در اختیار او گذاشته یا خود از راههای دیگر

رونوشت برداری از پرونده های پزشکی را

می دهد که در این صورت بیمارستان ملزم به

رعایت مفاد قانونی است.

۴- ایمنی مدارک پزشکی

۱- قوانین و مقررات حفاظت و پیشگیری از

خسارات اکولوژیکی

۲- پیشگیری از دسترسی افراد غیرمجاز به

اطلاعات موجود در مدارک پزشکی

۳- ایمنی در مقابل جعل اسناد

۴- جلوگیری از عدم دقت و کاربرد

غیراصولی

عوامل اکولوژیکی شامل موارد زیر است:

الف) عوامل بیولوژیکی: میکروارگانیسمها

(باکتریها - قارچها - انگلها) - جوندگان -

حشرات.

ب) عوامل فیزیکی عمدتاً نور و روشنایی،

دما (حرارت، رطوبت) جریان هوا و گرد

و غبار

پ) عوامل شیمیایی: آلودگیهای جوی و

گازهای مضر از قبیل دی اکسید گوگرد

و ازت - ذرات معلق موجود در هوا - نوع

و جنس کاغذ و جوهر بکار رفته از نظر

اکسیداسیون و تولید ترکیبات اسیدی

ت) حوادث طبیعی ناگهانی و سوانح از قبیل

آتش سوزی - سیل - زلزله

ث) عوامل اجتماعی از قبیل جنگ -

بدست آورده است.»

در حال حاضر فارغ‌التحصیل رشته پزشکی به خداوند تبارک و تعالی سوگند یاد می‌کند و شرف و وجدان خویش را گواه می‌گیرد که همواره در پیشه خود «راز» بیماران را هیچگاه فاش نسازد.

رازداری دارای دو بعد مهم است:

۱- بعد اخلاقی، ۲- بعد سیاسی

«در مکاتب الهی رازداری یک تکلیف

شرعی است.»

«رازداری حرفه‌ای یکی از مهمترین

نظریه‌های اخلاق پزشکی است.»

در گذشته خدمات پزشکی تقریباً توسط پزشک ارائه می‌شد بنابراین در تمام سوگندنامه‌های پزشکی مسئله ضرورت و رازداری پزشکان مطرح شده است. لیکن امروزه با توجه به اینکه در نهایت سازماندهی و نگهداری اسرار پزشکی به مسئولین مدارک پزشکی سپرده می‌شود بایستی بیشتر از سایر حرفه‌های پزشکی از قسمنامه پیروی کنند. آنان علاوه بر آگاهی از اطلاعات مندرج در پرونده بیماران از اسرار پزشکان نیز در خصوص نحوه تشخیص و درمان بیماران مطلع می‌شوند بنابراین بایگانی پزشکی گنجینه حفاظت اسرار بیمارستان می‌باشد. با توجه به مسئولیت بسیار سنگینی که مسئولین مدارک

پزشکی به جهت رازداری مضاعف بیمار و حتی کادر پزشکی به عهده دارند لازم است که بسیار نسبت به حرفه خود عالم و امین باشند و در کاربرد موازین اخلاقی و قانونی هم در حفظ مدارک پزشکی به منزله اموال بیمارستانی و هم بعنوان شرف و آبروی بیماران جامعه کوشا باشند.

نهایتاً اصل «رازداری حرفه‌ای» و رعایت مقررات قانونی در حفظ اسرار محرمانه بیمار به کادر بیمارستان و کادر درمانی توصیه می‌گردد.

طبق ماده ۱۰۶ قانون تعزیرات، اطباء و جراحان به مناسبت شغل یا حرفه خود مجرم اسرار می‌شوند هرگاه غیر از مواردی که برحسب قانون ملزم می‌باشند اسرار مردم را افشا کنند به شلاق تا ۷۴ ضربه محکوم می‌شوند که اخیراً به موجب تصویب شورای عالی قضایی حبس و جریمه نقدی هم به آن اضافه شده است.

### ★ قوانین مربوط به مناسبات پزشک و بیمار

مدارک پزشکی محتوای اطلاعاتی است که عمدتاً براساس ارتباط پزشک و بیمار که عموماً یک ارتباط قابل اطمینانی است تنظیم می‌گردد. اصول اخلاق پزشکی رابطه پزشک

## ★ شرایط محرمانه بودن مدارک پزشکی

الف) کاربرد شخصی

ب) کاربرد غیرشخصی

بطور کلی محرمانه بودن مدارک پزشکی

۱- قابل ذکر است وفق ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی:

اطباء و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هرگاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند.

۲- برخی از امراض به علت اهمیتی که دارند می‌بایستی تحت کنترل قرار گیرند و بدین جهت کلیه اطباء موظف هستند به محض مشاهده علائم بیماری، مراتب را به مراکز ری که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌کند، گزارش نمایند تا در آن مراکز در مورد علل پیدایش بیماری و طرز جلوگیری از سرایت آن به سایر افراد جامعه تحقیقاتی به عمل آید.

امراضی که پزشکان مکلف هستند آنها را گزارش نمایند بر چند دسته تقسیم می‌شوند که عبارتند از:

۱- بیماریهای آمیزشی (ماده ۳ آئین نامه طرز جلوگیری از بیماریهای آمیزشی و واگیردار مصوب سال ۱۳۲۰)

۲- بیماریهای واگیردار (ماده ۱۹ قانون فوق و اصلاحیه مصوب سال ۱۳۴۷)

۳- سرطان (ماده واحده قانون راجع به ثبت و گزارش اجباری بیماریهای سرطانی مصوب سال ۱۳۶۳)

با بیمار را بصورت یک ارتباط سالم بر پایه‌های اخلاقی و حفظ کامل شئونات اسلامی تعیین می‌کنند. قانون پزشک را از افشای راز بیمار منع می‌کند<sup>(۱)</sup> تا آنجا که پزشکان از ایفاء شهادت در دادگاههای قانونی در مورد تشخیص پزشکی و مراقبت یا درمان انجام شده برای بیمار ممنوع هستند مگر آنکه بیمار کتباً رضایت دهد یا از حمایت قانونی پزشک صرف نظر کند.<sup>(۲)</sup>

بطور کلی بیمارستان در مورد دستیابی اشخاص غیرقانونی به مدارک پزشکی بیمار از زمانی که مدارک پزشکی بصورت اولیه تنظیم می‌شود و یا در طول دوره درمانی بیمار و به همان نسبت پس از مرخصی بیمار مسئول است. برای بیمار این مورد که مسائل او بطور محرمانه حفظ خواهد شد امری مهم است این مسئله موجب تقویت روحیه بیمار و همکاری بهتر او در ارائه اطلاعات کامل به پزشک و اجرای برنامه‌های درمانی و کسب نتایج خوب درمانی می‌گردد. همچنین بیمار باید آگاهی داشته باشد که اطلاعات کسب شده و درج شده و جمع‌بندی شده در مدارک پزشکی چه در حال حاضر و چه در آینده به نفع بیمار بکار خواهد رفت.

بستگی دارد به اینکه آنها بعنوان مدرک شخصی یا غیرشخصی بکار رود. وقتی مدارک پزشکی شخصی محسوب می شود که مشخصات و هویت بیمار را روشن کند بنابراین مدارک شخصی و کاربرد شخصی مدارک دارای بعد محرمانه می باشد در صورتیکه مدارک پزشکی کاربرد غیرشخصی داشته باشد از جمله برنامه های آموزشی و پژوهشی با توجه به اینکه بیماران بطور انفرادی مشخص نمی شوند ملاحظه مقررات قانونی و مسئله محرمانه بودن چندان ضرورتی نداشته زیرا تبادل علمی و ارتقاء علمی مطرح می باشد.

#### ۶- استفاده از اطلاعات پزشکی

الف) شرایط حقوقی بیمار نسبت به مدارک پزشکی:

در برخی از قوانین کشورها برای بیمار حق مطالعه در مدارک پزشکی خود امری قانونی است. در صورتیکه قانون اجازه دهد بیمار یا نماینده قانونی او پرونده پزشکی را مطالعه نماید مسائل و مشکلات حقوقی چندان بوجود نخواهد آمد. ولی بعضی از بیمارستانها به جهت سخت گیری این قانون را اعمال نمی کنند. زمانیکه بیمار اطلاعاتی از مدارک پزشکی خود درخواست می نماید بایستی آنرا کتباً به بخش مدارک پزشکی

ارسال دارد و عاقلانه است مسئله را با پزشک معالج در میان گذارد (زیرا برای بیمار صحیح نیست همه جزئیات را درباره بیماری خود بداند بخصوص در رابطه با بیماریهای غیرقابل علاج) و در صورت صلاحدید و اجازه او رونوشت خلاصه پرونده در اختیار بیمار قرار گیرد.

بعضی قوانین در جهت ارائه اطلاعات پزشکی به بیمار یا نماینده او اجازه پزشک او را ضروری ندانسته و برخی کاملاً ضروری می دانند. لذا باید در جایی که قانونی در این زمینه وجود ندارد با طرح در کمیته مدارک پزشکی این قوانین را بصورت داخلی در بیمارستان اعمال نمود.

معمولاً سه نوع اطلاعات در اختیار بیمار

گذاشته می شود:

۱- تاریخ پذیرش

۲- تاریخ ترخیص

۳- تشخیص (در صورتیکه بیماری قابل درمان باشد)

ب) شرایط حقوقی مراجع قضایی و دادگاهها نسبت به مدارک پزشکی:

در موارد دعوی و دادخواهی و در سیر دادرسی ها، در پاسخ به احضاریه کتبی دادگاه می توان خلاصه پرونده و یا اصل پرونده پزشکی را با دریافت رسید از منشی دادگاه ارسال نمود.

اطلاعات از پرونده‌های پزشکی تدوین می‌کند که این مقررات تکثیر و بخشنامه می‌گردد و رونوشت آن در اختیار مؤسسات متقاضی اطلاعات قرار می‌گیرد.

این آئین نامه پزشکان معالج را راهنمایی می‌نماید که غیر از موارد اورژانس خط‌مشی‌های موجود را پیروی کنند. ممکن است مدیریت بیمارستان اختیار نحوه برخورد با درخواستهای مربوط به مبادله اطلاعات پزشکی را به مسئولین مدارک پزشکی واگذار نماید. مسئولین مدارک پزشکی با حفظ این مجوز می‌توانند برای هر درخواست اطلاعاتی طبق موازین فوق بر حسب مقررات بیمارستانی اقدام نمایند.

مبادله اطلاعات به هر صورت بایستی دقیق بوده و جهت پاسخگویی به درخواستها تفکیک گردد.

اطلاعات پزشکی را در موارد مجاز با درخواست کتبی ارسالی به بخش مدارک پزشکی با اجازه‌نامه امضاء شده بیمار و پزشک معالج که تاریخ نیز در آن ثبت شده می‌توان در اختیار متقاضی قرار داد.

در صورتی که پزشکان خارج از بیمارستان در نظر داشته باشند پرونده بیمارانی یک بیمارستان را مطالعه نمایند کسب مجوز از بیمار و پزشک معالج ضروری است.

اگر شهادت حضوری لازم باشد، مسئول مدارک پزشکی با اصل پرونده پزشکی در دادگاه حاضر می‌شود و پس از ارائه توضیحات لازم پرونده پزشکی را مجدداً با خود به بیمارستان منتقل می‌کند.

**توضیح ۱:** در سال ۱۹۵۱ کنگره آمریکا میکروفیلم پرونده پزشکی را برابر اصل تصویب و مورد قبول قرار داده است که این مسئله در کشور ما جزء جنبه‌های مبهم حقوقی تحت مطالعه است.

**توضیح ۲:** در موارد مجاز جهت استفاده از پرونده پزشکی رونوشت گزارش خلاصه پرونده ارسال می‌گردد در صورتی که دادگاهها اغلب این گزارش را نپذیرفته و اصل پرونده پزشکی را درخواست می‌نمایند.

#### ۷- مبادله اطلاعات پزشکی

«پرونده پزشکی نباید از بیمارستان خارج شود.»

بیمارستان اطلاعات پزشکی مربوط به بیماران را به هیچ دلیلی در جهت مخالف منافع بیماران بکار نخواهد برد به استثنای مواردی که برای دفاع از بیمارستان در دعاوی حقوقی لازم است.

بیمارستان با مشاوره حقوقی و مدیریت بخش مدارک پزشکی و یا کمیته مدارک پزشکی مقررات مشخصی برای مبادله

مسئولین مدارک پزشکی چنانچه نسبت به موارد خاصی مشکوک باشند از مطالعه پرونده‌های خاص، جلوگیری و موضوع را به مدیریت بیمارستان ارجاع می‌کنند. توضیح ۴: اعضای کادر پزشکی بیمارستان بدون اجازه کتبی بیمارستان مجاز نخواهند بود اطلاعات کتبی و شفاهی را با خارج از بیمارستان مبادله نمایند به استثنای مواردی که در رابطه با پیشرفت وضعیت بیمار باشد.

### ★ شرایط قانونی استفاده و نحوه مبادله اطلاعات از مدارک پزشکی

- الف) درخواست کتبی  
ب) مجوز کتبی:
- ۱- بیمار
  - ۲- پزشک معالج (اول و دوم)
  - ۳- مدیریت بیمارستان
  - ۴- مسئول بخش مدارک پزشکی

#### پ) نوع اطلاعات:

- ۱- اطلاعات حرفه‌ای پزشکی: از قبیل تشخیص، معالجات انجام یافته، عملیات جراحی، ...
- ۲- مدارک پزشکی: ...
- ۳- مجوز لازم: ...
- ۴- بیمار: ...
- ۵- پزشک: ...

اگر بیمار برای ادامه درمان به بیمارستان دیگری مراجعه نماید بیمارستان یا پزشک بعد از اطمینان به اینکه بیمار قبلاً در بیمارستان دیگری بستری بوده، درخواست خلاصه پرونده پزشکی می‌نماید.

به هر حال ارائه اطلاعات پزشکی توسط یک پزشک به پزشک دیگر به عنوان تبادل علمی و حرفه‌ای مجاز است و این حق معمولاً دو جانبه است.

توضیح ۱: در مواردی که هدف، مراقبت و ترفیع خدماتی درمانی برای بیمار است جهت مبادله اطلاعات مراعات موارد قانونی ضرورتی ندارد.

توضیح ۲: از مدارک پزشکی برای اجرای برنامه‌های آموزشی و پژوهشی در صورتیکه اخلاقاً و قانوناً از افشای مشخصات فردی بیمار امتناع گردد می‌توان استفاده نمود.

توضیح ۳: پرونده‌های پزشکی حتی الامکان از بایگانی پزشکی خارج نگشته و در محل مناسبی مورد مطالعه قرار گیرد. در واقع کادر پزشکی هر بیمارستان حق مطالعه پرونده‌های پزشکی را در آن محل (با موافقت مسئول مدارک پزشکی) دارند ولی رونوشت برداری مسئله دیگری خواهد بود. (بدین ترتیب استخراج اطلاعات از مدارک پزشکی کنترل می‌گردد.)

- ۲- اطلاعات غیرحرفه‌ای: مشخصات فردی بیمار، آدرس، تاریخ بستری  
عدم نیاز به مجوز  
ت ( نحوه کاربرد:  
۱- شخصی با مجوز:  
- بیمار  
- پزشک  
۲- «غیرشخصی» در موارد مجاز  
ث) گروه‌های مجاز به استفاده از مدارک پزشکی:  
۱- بیمار:  
- با درخواست کتبی  
- با مجوز پزشک  
۲- مدیریت بیمارستان: نیاز به رضایت نامه نیست.  
۳- کمیته‌های بیمارستانی و کمیته مدارک پزشکی: نیاز به رضایت نامه نیست.  
۴- کادر پزشکی بیمارستان جهت برنامه‌های پژوهشی:  
- رضایت نامه پزشک معالج لازم نیست.  
- اگر نتایج تحقیقات بصورت مقاله منتشر شود رضایت‌نامه پزشک لازم است.  
۵- سایر بیمارستانها:  
الف - درخواست کتبی
- ادامه درمان  
- رضایت نامه لازم نیست.  
ب - ارسال خلاصه پرونده  
۶- کادر پزشکی بیمارستانهای دیگر جهت برنامه‌های پژوهشی: رضایت‌نامه لازم.  
- بیمارستان  
- پزشک معالج  
- بیمار
- ۷- ادارات بیمه درمانی: با رضایت نامه بیمار  
۸- مراجع قضائی و دادگاهها:  
- درخواست کتبی  
- بدون رضایت نامه
- ۸- رضایت نامه درمانی و انواع آن  
با توجه به اینکه هدف اقدامات درمانی تأمین سلامت بیمار است این اقدامات باید با توافق و رضایت بیمار عملی گردد. در واقع رضایت نامه بعنوان ضابطه قانونی پزشکی، اختیار انجام عمل را نشان می‌دهد و با در نظر گرفتن شرایط و حالات بیمار و احتمالات قابل وقوع در شرایط مختلف مورد استفاده می‌باشد.
- انواع رضایت نامه‌ها برحسب نوع بیمارستان تعیین می‌گردد و اندازه آن

★ قوانین اخذ رضایت نامه:

۱- سن قانونی: ۱۸ سال تمام به استثنای موارد مربوط به فوریت‌های پزشکی (بیش از ۱۶ سال)

۲- شرایط و حال عمومی بیمار:

الف - عادی (هوشیار)

ب - غیر عادی (بدحال). پذیرش با امضاء ولی یا بستگان درجه اول یا سرپرست قانونی.

پ - مبتلابه اختلالات ذهنی و روانی. امضاء ولی یا بستگان درجه اول یا سرپرست قانونی.

توضیح: سایر افراد مجاز در سه مورد فوق: بستگان درجه یک در درجه اول پدر بالاخره سرپرست یا قیم درمانی.

۳- فوریت‌های پزشکی:

الف) 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. (ماده ۶۰ از قانون مجازات اسلامی)

ب) اگر بیمار بیشتر از ۱۶ سال سن داشته باشد باید از خود بیمار اجازه گرفته شود و منتظر والدین نشد. منتهی در پرونده پزشکی فوریت عمل جراحی توسط جراح

۲۱۰×۲۹۷ میلیمتر است. با توجه به اینکه رضایت نامه موجب مصونیت سازمان بیمارستان در مقابل ادعاها و احیاناً اتهامات وارده است تحت عنوان برائت نامه نیز به حساب می‌آید، بعنوان یکی از وظایف اصلی مسئولین دپارتمان مدارک پزشکی در واحد پذیرش اخذ رضایت نامه‌های قانونی در موقع پذیرش بیمار پشت گزارش پذیرش و ترخیص (و در سایر موارد لازم جهت اهداف مختلف) با امضاء و تأیید بیمار یا سرپرست و یا فامیل درجه اول او امری ضروری است. بطور کلی یکی از عواملی که در میزان ارزش پرونده پزشکی و حتی میزان اعتبار بیمارستان تأثیر می‌گذارد موجودیت رضایت نامه‌ها و برائت نامه‌های لازم، متناسب با موقعیتها می‌باشد.

ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی: هرگاه طبیبی گر چه حائز و متخصص باشد در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آنرا صادر می‌کند هر چند با اذن مریض یا ولی او باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است.

مشخص می‌گردد. در اینگونه موارد در صورتی که پزشک قانونی در بیمارستان حضور داشت قبل از عمل جراحی باید وی را در جریان عمل قرار داد.

پ) در مورد بیماران بدحال در صورت نداشتن همراه و بستگان مجاز، کمیسیون پزشکی به فوریت تشکیل می‌گردد.

۴- آگاه نمودن و توجیه بیمار نسبت به مسائل درمانی قبل از اخذ رضایت نامه.

۵- کتبی بودن اجازه نامه با امضاء و اثر انگشت مشخص بیمار.

۶- ثبت تاریخ

۷- برای هر مجوز، امضای دو شاهد بعنوان شاهد (۱) و شاهد (۲) ضروری است که یکی از آنها مسئول پذیرش است.

۸- مسئولین پذیرش بعنوان نماینده پزشک و بیمارستان از بیمار یا بستگان نزدیک او ضمن توجیه شرایط، مجوزهای قانونی لازم را اخذ و خود بعنوان شهود آنها امضاء می‌نمایند.

### ★ رضایت نامه های عمده درمانی

۱- مجوز اقدامات و معالجات پزشکی و اعمال جراحی در طبابت اصل بر این است که هر عملی

که پزشک انجام می‌دهد به نفع و صلاح بیمار است و قصد پزشک از آن عمل کمک کردن به بیمار و سود رساندن به اوست نه ضرر و زیان. در صورتیکه بیمار به تشخیص پزشک به عمل جراحی نیازمند باشد بهتر است در ابتدا با آگاهی بیمار نسبت به کیفیت بیماری خود بطور کتبی با امضای لازم رضایت او جلب گردد سپس عمل جراحی انجام گیرد. رضایت و مجوز مزبور به معنای موافقت با عمل جراحی است. در واقع بدینوسیله پزشک از پرداخت دیه مبرا می‌گردد.

توضیح اینکه: رضایت مجوز بیهوشی و انتقال خون نیز جزء رضایت مزبور می‌باشد.

۲- رضایت برای قطع عضو (آمپوتاسیون)

در صورتیکه به تشخیص جراح و براساس نتایج آزمایشهای پاتولوژی پس از انجام بیوپسی قطع عضو لازم باشد، بایستی مجوز لازم از بیمار اخذ گردد. البته بهتر است اطلاعات کافی در اختیار بیمار قرار داده شود و روحیه بیمار توسط کادر درمانی یا روانپزشکان و روانشناسان تقویت گردد.

۳- برائت از ترخیص بیمار (ترخیص با میل شخصی):

در صورتیکه در طول درمان، بیمار بدون موافقت پزشک معالج، بطور غیرمجاز بیمارستان را ترک نماید، بیمار با امضای این

سازمان پزشکی قانونی صادر خواهد شد.

توضیح (۱): به خارج کردن جنین قبل از هفت ماهگی از رحم مادر عنوان سقط اطلاق می‌شود.

در موارد ضروری ضمن مشاوره با پزشک معالج و متخصص زایمان و تأیید عمل سقط (بعنوان درمان) از مادر باردار رضایت سقط اخذ می‌شود.

توضیح (۲): اقدام به سقط بدون موافقت مادر، قانونی نمی‌باشد.

۹- رضایت برای انجام کالبدگشایی:

این رضایت نامه فقط بعد از فوت بیمار و بنا به تشخیص پزشک معالج وی از فامیل درجه اول گرفته خواهد شد که در یک برگ جداگانه بوده و در موارد نیاز به رضایت نامه اصلی الصاق می‌گردد.

### ★ گواهی نامه های پزشکی (Certification)

گواهی پزشکی عبارتست از محتویاتی که بوسیله پزشک در اکثر موارد و گاهی بوسیله افراد غیرپزشک صادر می‌شود و موضوعی را به اطلاع یک شخص یا مؤسسه دیگر می‌رساند. در این گواهیها حداکثر سعی

برائت نامه مسئولیت هر نوع پیش آمد خطرناک پس از ترخیص را به عهده می‌گیرد.

۴- رضایت استفاده از اطلاعات پزشکی:

این رضایت توسط بیمار برای استفاده از اطلاعات پزشکی در موارد درمانی، آموزشی، پژوهشی و حقوقی اخذ می‌شود.

۵- برائت از ترخیص ناهنگام:

در صورتیکه به دلایلی مثلاً جنگ یا سانحه غیرمنتظره بیمارستان مجبور به ترخیص بیماران باشد می‌تواند آنها را مرخص نماید.

۶- رضایت برای انجام بیوپسی  
(نمونه برداری):

در موارد پیچیده و زمانی که پزشک نیاز به تأیید تشخیص خود داشته باشد می‌تواند نمونه‌ای از بافت‌های برداشته شده را به آزمایشگاه آسیب‌شناسی ارسال و از آنها نظرخواهی نماید که برای نمونه برداری از اعضای بدن یا بافتها باید از بیمار مجوز لازم اخذ شود.

۷- رضایت در آوردن چشم

۸- رضایت سقط جنین (کورتاژ) (برائت از سقط):

براساس آئین نامه اخلاق پزشکی در مواردیکه تأمین سلامتی و نجات جان مادر مطرح می‌باشد مجوز سقط درمانی توسط مراجع ذیصلاح قانونی و کارشناسان

می‌شود رعایت اختصار بعمل آمده و طوری تنظیم شود که حداکثر مطالب مورد لزوم را در برگیرد.

(در گواهی نامه‌های مهم و مواردی که برای ارائه به دادگاه و یا مراجع دیگر نوشته می‌شوند اطمینان از هویت صاحبان نیز نهایت ضرورت را دارد) در مورد تعیین مدت معالجه در گواهی نامه‌های ضرب و جرح و تصادفات و مواردی که به دادگاه ارائه می‌شوند لازم است فوق‌العاده محتاط بوده و با دقت عمل شود، چون این مدت مستقیماً به مجازات ضارب و یا عامل تصادف مربوط است و اگر در همان اول پزشک نتواند مدت مزبور را دقیقاً تعیین نماید مدت مناسبی را نوشته و یادآوری می‌نماید که مصدوم باید مجدداً پس از پایان این مدت مورد معاینه و ارزیابی قرار گیرد. (در واقع تعیین مدت درمان بدون عوارض بعدی است.) در تنظیم چنین گواهی نامه‌هایی عوارض احتمالی و خطرات آتی را نیز در نظر داشته و در صورت لزوم یادآوری نماید، به نحوی که حقی از کسی ضایع نشود.

**توضیح ۱:** در یک گواهی نامه لازم است مشخصات کامل پزشک نوشته شده و امضاء آن خوانا و واقع باشد.

**توضیح ۲:** هویت دقیق صاحب گواهی نامه

نوشته شده و مطالب آن صریح و روشن و خط آن نیز خوانا باشد.

**توضیح ۳:** محتوای گواهی نامه‌ها باید کاملاً صحیح بوده و پزشک حتماً صاحب آنرا معاینه کرده باشد در صورت خلاف بودن آنها نه تنها منافی آبرو و اقتدار پزشک است بلکه طبق قانون مجازات و قوانین جاریه در مورد پزشک عمل می‌شود.

### ★ انواع گواهی نامه‌های پزشکی

- گواهی فوت: تکمیل فرم مربوطه در پرونده بیمار

- گواهی تولد: تکمیل فرم ثبت احوال

- گواهی از کارافتادگی

- گواهی تولد: تکمیل فرم شرح زایمان

- جواز دفن: معمولاً در سازمان نظام پزشکی هر کشور فرم مخصوص به خود را دارد.

**توضیح:** عضو قطع شده نیز نیاز به جواز دفن با اجازه جراح دارد.

- گواهی فوت: برگه گواهی فوت باید استاندارد بوده و در آن مشخصات کامل فرد

فوت شده و علت مرگ مشخص شود و تاریخ و ساعت فوت دقیقاً باید ثبت شود.

مشخصاتی که در آن آورده می‌شود عبارتند از: جنس، سن بیمار، شغل و محل سکونت.

علت مرگها را به دو دسته تقسیم می‌کنیم:

- علت اصلی مرگ

- علت زمینه‌ای مرگ

در صورتی که بتوان علت اصلی مرگ بیمار را پیدا کرده و تشخیص داد، ذکر علل زمینه‌ای مرگ ضرورت ندارد ولی در برخی از بیماریها بایستی علت زمینه‌ای را هم ثبت نمود. در مواردی که گواهی فوت بایستی به سازمان پزشکی قانونی، ارائه شود لازم است علت زمینه‌ای را هم ذکر کرد. این گواهی صرفاً بوسیله پزشک و ترجیحاً بوسیله پزشک درمان کننده بیمار برای مرگهای طبیعی (غیرمشکوک که هیچگونه شکمی در طبیعی بودن آنها نباشد) صادر می‌شود در سایر موارد (مرگهای مشکوک و غیرطبیعی) ضرورت دارد به سازمان پزشکی قانونی ارجاع شود.

بالاخره این گواهی نامه‌ها پس از موافقت با صدور آنها از طرف مدیریت بیمارستان به شرکتهای بیمه و دریافت اجازه‌نامه نزدیکترین خویشاوند یا دریافت دارنده حق بیمه متوفی ارسال گردیده و رونوشت گواهی نامه فوت ضمیمه پرونده می‌گردد.

- گواهی تولد: این گواهی برای اطفال متولد شده لازم می‌باشد. در این گواهیها مشخصات فرد متولد شده و والدین او ذکر می‌شود و یک سری اطلاعات دیگر را هم در نظر می‌گیرند از جمله گروه خونی اطفال و

آپگار طفل (نشاندهنده سلامتی یا وجود اختلالات در موقع تولد می‌باشد).

در آپگار باید تعداد تنفس، حالت حرکات غیرارادی، رنگ پوست، تعداد نبض در دقیقه، حالت گریه کودک بعد از تولد ذکر شود. این گواهی بایستی حداکثر ۱۰ روز بعد از تولد به اداره ثبت احوال برسد در صورتی که بعد از ۱۰ روز طفل فوت کند بایستی به سازمان مربوطه اطلاع داده شود.

**توضیح ۱:** در برگه شناسایی و گزارش مشخصات نوزاد انعکاس اثر کف پای راست و چپ نوزاد و اثر انگشت دست راست مادر ضروری است و به هنگام ترخیص الصاق و کنترل نوار (باند) مشخصات و شماره آن الزامی است.

**توضیح ۲:** امضای مادر پس از کنترل، به هنگام تحویل نوزاد.

**توضیح ۳:** گواهی تولد به دلیل اهمیت اطلاعاتی که دارد بعداً مورد نیاز بوده باید قابل تکثیر باشد و اطلاعات مربوط به اسامی، تاریخها، محل تولد در گواهی تولد باید دقیق و معتبر باشد.

- گواهی از کارافتادگی: در مواردی که فرد قادر به فعالیت روزمره خود نمی‌باشد این گواهی جهت ارائه به ادارات کار یا ادارات بیمه و سایر ادارات صادر می‌شود.

**توضیح:** گواهیهای صادر شده از قبیل (تولد

- فوت) ممکنست تنها توسط یک پزشک و گواهیهای از قبیل از کارافتادگی یا تندرستی توسط یک کمیسیون پزشکی با رأی دسته جمعی پزشکان مربوطه صادر شود.

### ★ سایر جنبه های پزشکی قانونی مدارک پزشکی

#### فهرست برخی الزامات مهم

- دستورات شفاهی و تلفنی کادر پزشکی قانوناً قابل اجراء نیست در صورتی که بنا به ضرورت و اضطرار اجراء شود در اولین فرصت باید بصورت کتبی در گزارش دستورات پزشکی ثبت و امضاء گردد.

- در گزارشات پرستاری، نام و نام خانوادگی کارد نرسینگ، تاریخ و ساعت دقیق اجرای دستورات پزشک ثبت گردد.

- در گزارشات پارامدیکال ثبت تشخیص بالینی و پاراکلینیکی با امضای پزشک مربوطه ضروری است.

- در گزارش عمل جراحی ثبت نوع عمل جراحی، شرح کامل عمل جراحی، نام جراح، تاریخ و ساعت (شروع و پایان عمل) و شمارش گازها و امضای جراح ضروری است.

- در گزارش بیهوشی ثبت ساعت (شروع و پایان) مدت بیهوشی و نوع بیهوشی و

امضای متخصص بیهوشی ضروری است.  
- در برگ البسه بیمار امضای مسئول انبار البسه و امضای بیمار به هنگام تحویل البسه و لوازم در رابطه با ادعاهای بعدی ضروری است.

- برگه بیمه برای بستری شدن باید استاندارد بوده و یک نسخه در پرونده پزشکی بایگانی گردد.

### ★ قانون پذیرش بیماران به برنامه های درمانی

#### الف) نحوه پذیرش بیماران

۱- پذیرش بیمار بصورت عادی با تعیین وقت قبلی و فهرست نوبت درمانی.

۲- پذیرش بیمار بصورت اورژانسی

۳- انتقال از یک مرکز به مرکز دیگر

۴- پذیرش بیمار بصورت فوت شده

توضیح ۱: اخذ اطلاعات دقیق کامل فردی و اجتماعی بیمار (با استفاده از شناسنامه و کارت شناسائی)

توضیح ۲: اخذ رضایت نامه های قانونی لازم از قبیل اجازه معالجه و اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

شرایط پذیرش: پذیرش و ورود بیمار به برنامه های درمانی با دستور کتبی و

### قانونی بعدی

توضیح ۱: تهیه فهرست مستقل آماری از موارد فوت در آمبولانس و سقط جنین

توضیح ۲: بیمار فوت شده فوریت پزشکی جزء پذیرفته شدگان محاسبه ولی جزء فوت شدگان بیمارستانی بحساب نمی آید.

توضیح ۳: محاسبه فوت بیمارستانی به دو شکل است:

الف) فوت خالص: فوت‌های ۲۴-۴۸ ساعت بعد از پذیرش.

ب) فوت ناخالص: فوت‌های ۲۴-۴۸ ساعت قبل از پذیرش.

### ★ قانون مدت زمان نگهداری مدارک پزشکی

بیمارستانها با مقاصد مختلف از جمله پیگیریهای بالینی، اهداف آموزشی، تحقیقاتی و ملاحظات قانونی، مدارک پزشکی را برای مدتی باید حفظ نمایند. واضح است که مدارک پزشکی باید تا زمانیکه نیاز پزشکی و اداری به آنها باشد نگهداری شود و این سؤال مطرح می شود که بعد از رفع نیازهای مزبور چه مدت باید نگهداری شود. البته ملاحظات قانونی در این مورد عامل مهمی محسوب می گردد.

غالباً پیشنهاد شده که قانون مرور زمان

مسئولیت پزشک معالج اولیه انجام می گیرد و در صورت پذیرش بیمار بصورت اورژانس نیز دستور کتبی و امضای پزشک بستری کننده ضروری می باشد.

۱- شرایط پذیرش بیمار در مورد فوریت‌های پزشکی  
الف) با همراه:

- با خویشاوندان

- بدون خویشاوند

ب) بدون همراه

فوریت‌های پزشکی شامل موارد ناشی از تصادف، ضرب و جرح، سقوط از بلندیها، سوختگیها، برق‌گرفتگی، گازگرفتگی، حوادث طبیعی مثل زلزله و عوامل غیرطبیعی می باشد.

۲- شرایط پذیرش بیمار فوت شده  
با همراه

- بدون همراه

- اطلاع به مأمورین انتظامی

- شناسایی بیماران فوت شده با همکاری

مأمورین انتظامی

- ثبت وسایل شخصی متوفی

- شناسایی همراهان و اخذ مشخصات دقیق

آنها

- شناسایی شرایط فوت

- انتقال جسد به سردخانه تا انجام اقدامات

## ★ اشکالات ناشی از عدم شناخت و اجرای قوانین

### ۱- توجیه قوانین

۱- قوانین جاری در مورد شرایط عمومی بیمارستان و درمانگاه از جمله:

- نوع خدمات بیمارستان

- نحوه ارائه خدمات بیمارستانی

- مقررات ارائه خدمات بیمارستان و

شرایط آن از قبیل روزها و ساعات

ملاقات بیماران

۲- قوانین مربوط به امور پزشکی در

بیمارستان

۳- قوانین مربوط به امور غیرپزشکی در

بیمارستان

۴- قوانین مربوط به حقوق بستگان

نزدیک و همراهان بیمار در بیمارستان

\* توضیح اینکه در نوبت کاری صبح مدیر

بیمارستان مسئول است و در نوبت کاری

عصر سوپروایزر، مجری سیستمهای

عمومی نظیر دارورسانی و امثال آن است و

بعد از او مسئولیت بعهده پزشک کشیک

است.

### ۲- اشکالات ناشی از عدم شناخت قوانین

(۱) ایجاد شرایط نامناسب برای بیماران

(۲) ایجاد شرایط نامناسب برای کلیه

به پرونده‌های پزشکی شمول داده شود.

در رابطه با مدت زمان نگهداری مدارک

پزشکی ضمن توجه به بخشنامه‌های صادره

از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی، کمیته مدارک پزشکی نیز با مشاوره

مدیریت بیمارستان و مدیریت مدارک

پزشکی و مشاور حقوقی بیمارستان

می‌تواند تصمیم‌گیری نماید. البته عواملی از

قبیل میکروفیلم مدارک پزشکی، امکانات،

فضای فیزیکی، بایگانی پزشکی، نیازهای

آینده بیمارستان و ملاحظات قانونی در

شمول مرور زمان (که حدوداً ۲۵ سال است)

مؤثر می‌باشد.

مدت زمان نگهداری پرونده پزشکی در

کلیه بیمارستانها بعد از آخرین مراجعه بیمار

بمدت ۱۰ سال بصورت فعال و مدت نگهداری

پرونده‌های زایمانهای طبیعی ۵ سال و موارد

جراحی ۱۰ سال است.

طبق آخرین بخشنامه، بعد از گذشت ۱۵

سال تاریخ ترخیص بیمار از بیمارستان پس

از ثبت خلاصه پرونده کامل با رعایت

تشریفات و مقررات مالی مربوطه با نظارت

نماینده سازمان اسناد ملی می‌توان

پرونده‌ها را امحاء نمود.

توضیح: در صورت امکان می‌توان از پرونده

پزشکی میکروفیلم تهیه و آن را ضبط نمود.

★ منابع

- 1\_ Huffman, Ednak, RRA. The Legal Aspects of Medical Records. Medical Record Management. 5. pp: 589-623. physicaïn's Record co. Illinois, Berwyn. 1990.
- 2\_ Kathryn, Macmiller. Confidentiality & Release of Information. Being a Medical Records. 8. pp: 151-174. 1992.
- 3\_ Pritchard Bailey, Susan, R.R. A. Medicolegal Aspects, Medical Record Examination Review. pp: 68-82. Medical Examination publishing co. NewYork. 1985. Fourth ed.
- ۴ - الماسیان، محمد. نکاتی درباره مدارک پزشکی، جنبه‌های مبهم حقوقی مدارک پزشکی و مشکلات مربوطه. مجله بیمارستان. سال پنجم. شماره ۱۰. زمستان ۱۳۶۴.
- ۵ - داورپناه، احمد. مهدیقلیخان، رامین. مدیریت مدارک پزشکی. انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۲.
- ۶ - عبادی، شیرین. حقوق پزشکی. انتشارات زوار. ۱۳۶۸.
- ۷ - عزیزاده، دکتر خلیل. ارزش قانونی مدارک پزشکی. خلاصه مقالات دومین سمینار سراسری مدارک پزشکی در ایران، دانشکده پزشکی امام حسین. دیماه ۱۳۷۲.
- ۸ - فتاحی معصوم، دکتر سیدحسین. ارتباط پزشک با قوانین حقوقی. ماهنامه دارویی رازی. سال چهارم. شماره ۱۲. دیماه ۱۳۷۲.

کارکنان بیمارستان اعم از کادر درمانی

و غیره

۳) ایجاد شرایط نامناسب برای مسئولین مدارک پزشکی

۴) ایجاد شرایط نامناسب برای همراهان بیمار

۳- علل عدم اجرای قوانین

از این میان مسائل زیر را می‌توان بیان نمود:

۱) بیمار در حالت عادی نیست مثل موارد اغماء (کوما) و ...

الف) وخیم بودن حال عمومی بیمار از نظر جسمانی

ب) اختلالات روانی

۲) همراه نبودن صاحبان بیمار جهت توجیه قوانین

۳) فرصت کافی برای تشریفات قانونی وجود نداشته باشد. (از جمله برای اخذ رضایت‌نامه)