

دراسة طرق تحرير التقارير الطبية الشرعية الأولية الصادرة من بعض المستشفيات بمحافظة الغربية و المقدمة للجهات القضائية

منى الجوهري و رباب الكيلاني و أبو اليزيد أحمد فؤاد و سماح البسطويسى

يعتبر التقرير الطبي الشرعي الأولي من بين المستندات الهامة المقدمة للنيابة العامة والقضاء في العديد من القضايا مثل قضايا المستخلص الضرب والاعتصاب بل وقد يكون المستند والشاهد الفني الوحيد في بعض القضايا. ويهدف هذا البحث إلى دراسة الطرق التي يتم بها تحرير التقارير الطبية الشرعية الأولية ومعرفة الأخطاء الموجودة بها واقتراح اتفاقية موحدة في فحص الحالات الطبية الشرعية وهيكل مناسب لكتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي لتحقيق طلبات النيابة العامة والمحكمة طبقاً للقانون المصري ليتم تطبيقه في جميع المستشفيات المصرح لها بإعطاء مثل هذه التقارير. وقد تم دراسة خمسمائة تقرير طبي شرعي أولي تم تحريرها في مستشفى طنطا الجامعي وبعض المستشفيات التابعة لوزارة الصحة بالغربية من حيث الجزء الإداري الخاص بالتقارير (اسم المستشفى الصادر منها التقرير - تاريخ وساعة إصدار التقرير- بيانات المصاب -الجهة الطالبة للتقرير- سبب الإصابة - توقيع مدير المستشفى -خاتم المستشفى) والجزء الفني بالتقارير من حيث (بيانات الفحص العام للمصاب - بيانات الفحص الموضوعي للإصابات - الإجراءات التشخيصية والعلاجية - العروضات والتحويلات) و الرأي الطبي فيما يتعلق بالوقت اللازم للشفاء وبيانات الطبيب المناظر للحالة والمحرر للتقرير. وقد توصلت الدراسة إلى وجود بعض نقاط قصور من إهمال تسجيل بعض البيانات بالتقرير ووجود بعض الأخطاء الإدارية والفنية في التقارير الطبية الشرعية الأولية التي تمت دراستها. و بدراسة نقاط القصور وبالرجوع إلى المراجع العلمية وإلى تعليمات النيابة العامة بجمهورية مصر العربية تم اقتراح بروتوكول لفحص الحالات الطبية الشرعية كما تم تصميم مقترح نموذج لكتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي يغطي نقاط القصور في التقارير الحالية.

المقدمة

منذ قرابة ثلاثة آلاف عام قبل الميلاد ذكرت البرديات أن قدماء المصريين وضعوا لوائح تنظيمية لمهنة الطب وحددوا طبيعة الإصابات كما ذكرت البرديات أيضاً أنهم استعانوا بالخبراء أمام الجهات المعنية والمحاكم (رمزي أحمد، 1992). وفي مصر أثناء فترة الرومانيين احتوت أوراق البردي على معلومات حول الفحص الطبي الشرعي يرجع تاريخها في الفترة من النصف الأخير من القرن الأول الميلادي وحتى النصف الأخير من القرن الرابع الميلادي (Amundsen and Ferngren, 1978).

التقارير الطبية الشرعية

تعتبر التقارير الطبية الشرعية من بين المستندات المستخدمة في المحاكم وهي التقارير التي أعدت من قبل طبيب بناء على طلب من جهات التحقيق في القضايا الجنائية مثل قضايا الاعتداء والاعتصاب. وترفق جميع هذه التقارير بملف القضية ويتم تقديم الملف بعد ذلك لجهات التحقيق والمحكمة، وتنقسم التقارير الطبية الشرعية إلى:
التقرير الطبي الشرعي الأولي: وهو أول رأى فني يوضع في الحالات الإصابية والسمية ويحرر بواسطة طبيب الاستقبال في الوحدات العلاجية المختلفة. وهذا التقرير يسبق في معظم الأحوال تقرير الطبيب الشرعي وهو ذو أهمية خاصة سواء للمتقاضين أو لهيئة المحكمة ومما يزيد أهميته في بعض الحالات هو أن بعض الإصابات يزول أثرها أو تعالج دون ترك أثر أو تتغير ملامحها بعد التدخل العلاجي أو الالتئام، ويحدث كل هذا قبل أن يعرض المصاب على الطبيب الشرعي وعلى هذا يكون الاعتماد في مثل هذه القضايا كاملاً على ما جاء في التقرير الطبي الشرعي الأولي.

التقرير الطبي الشرعي النهائي: وهو التقرير الذي يقوم بإعداده طبيب شرعي من مصلحة الطب الشرعي بناءً على ندب النيابة أو المحكمة إما لبيان الصفة التشريحية لجثة أو لتوقيع الكشف الطبي الشرعي على مدع (Reddy, 2001). مصاب أو على مدع

الحالة الطبية الشرعية

قد يواجه الأطباء أثناء ممارسة مهنة الطب سواء كان ذلك في جهة حكومية أو في جهة خاصة بعض الحالات التي يتم وصفها بأنها طبية شرعية و العديد من الأطباء عادة ما يتخوفون من التعامل مع مثل هذه الحالات لأن الحالة الطبية الشرعية تعني ضمناً مسؤولية قانونية أمام جهات التحقيق وجهات القضاء وما يمكن أن يترتب عليها، وبسبب عامل الخوف هذا يحاول الأطباء دائماً تجنب التعامل مع هذه الحالات أو تقديم اللازم لها بسرعة. يحدث ذلك لعدم فهم الأطباء للآثار المترتبة عن الحالة مما قد يؤدي بهم للوقوع في خطأ أثناء التعامل معها. لذا فإن أفضل طريقة للتعامل مع مثل هذه الحالات التي يمكن أن يكون بها جوانب طبية شرعية هو أن نفهم بشكل واضح طبيعة تلك الحالات وتحليلها بدقة والتصرف وفقاً لذلك بطريقة طبية وقانونية سليمة (Harish and Chavali, 2009 and New Trauma Protocol Manual, 2011).

وبما أن التقرير الطبي الشرعي هو وسيلة منظمة ورسمية للاتصال بين الأطباء وجهات التحقيق والجهات

وبما أن التقرير الطبي الشرعي هو وسيلة منظمة ورسمية للاتصال بين الأطباء وجهات التحقيق والجهات القضائية، فإن طلبات الحصول على تلك التقارير تنبع من مصادر متنوعة مثل الشرطة و المحامين و المحكمة و شركات التأمين أو المصابين أنفسهم. ونظراً لأهمية هذه التقارير والتي تقدم في الدعاوى الجنائية والمدنية والتي قد تصيب عواقبها كلاً من المصاب أو الطبيب أو أطراف النزاع الأخرى، فإنه يجب على الطبيب الاجتهاد في كتابة التقرير بعناية و دقة تبعاً لمواد ولوائح القانون (Stark, 2011).

من المسؤول عن كتابة التقارير الطبية الشرعية الأولية؟

تقع مسؤولية كتابة التقارير الطبية الشرعية الأولية على أول طبيب يناظر الحالة على أن يكون قد تخرج من كلية الطب وحصل على رخصة مزاولة المهنة من نقابة الأطباء ويفضل من لديه الخبرة. ولا يمكن للطبيب أن يرفض كتابة (Young and Well, 2009) تقرير طبي أولي لأن ذلك من واجبات الطبيب

ولأن التقرير الطبي هو الدليل الذي تقدمه النيابة وتطمئن إليه المحكمة وتحكم بمقتضاه باعتباره وثيقة رسمية قام بكتابتها موظف عام في حدود سلطته واختصاصه، لذا فإن من يقوم بتحريره هو طبيب المستشفى الحكومي ويجب أيضاً أن يكون هذا الطبيب مختصاً بأنواع الإصابات التي يقوم بالكشف عليها وتقديم التقرير (جمال الدين جمع، 1998).

الهدف من هذا البحث هو دراسة الطرق التي يتم بها تحرير بعض التقارير الطبية الشرعية الأولية في بعض المستشفيات محافظة الغربية ومعرفة الأخطاء الموجودة بها واقتراح بروتوكول موحد في فحص الحالات الطبية الشرعية وهيكل مناسب لكتابة تقرير طبي شرعي أولي لتحقيق طلبات النيابة العامة والمحكمة طبقاً للقانون المصري ليتم تطبيقه في جميع المستشفيات المصرح لها بإعطاء مثل هذه التقارير.

طريقة البحث

تم إجراء هذه الدراسة بعد أخذ موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي - كلية الطب - جامعة طنطا على خمسمائة تقرير طبي شرعي أولي محرر في مستشفيات جامعة طنطا وبعض المستشفيات التابعة لوزارة الصحة في محافظة الغربية وتم تجميع تلك التقارير في الفترة ما بين 1 مارس 2012 حتى 1 سبتمبر 2012. بعد الانتهاء من جمع التقارير تم دراسة كل تقرير على حدة وتحليل ما جاء به وذلك كالآتي:

1- الجزء الإداري (الديباجة)

- اسم المستشفى الصادر منها التقرير -
- التاريخ بالضبط الذي تم فيه فحص الحالة وكتابة التقرير -
- الساعة التي تم فيها كتابة التقرير -
- الجهة التي تطلب التقرير -
- توقيع مدير المستشفى -

- خاتم المستشفى على التقرير

2- البيانات الشخصية للمصاب

- اسم المصاب -
- السن أو تاريخ الميلاد -
- (النوع) (ذكر أم أنثى) -
- العنوان -

- المهنة

3- وسيلة التحقق من شخصية المصاب

- بصمة الإبهام الأيمن للمصاب -
- رقم البطاقة الشخصية الخاصة بالمصاب -

- طرق أخرى للتعرف على شخصية المريض

4- بيانات المرافق (إن وجد)

- الاسم كاملاً

- رقم بطاقته

5- الجزء الخاص بتاريخ وأحداث الواقعة وسبب الإصابة من واقع أقوال المصاب أو المرافق

- سبب الإصابات

- الآلة المستخدمة في إحداث الإصابات

6- تفاصيل الفحص الموضوعي للإصابات

- عدد الإصابات -
- نوع الإصابة -
- أبعاد كل إصابة -
- موضع كل إصابة من الجسم -
- وصف الجرح وصفاً كاملاً من حيث (حواف الجرح - زوايا الجرح - قاع الجرح -) - الأنسجة المحيطة -
- آثار يقع مشتبهة حول الجرح -
- أي أجسام غريبة داخل الجرح -
- الإصابات المشتبه في مصاحبته للإصابة الأصلية -

7- التحاليل الطبية أو الأشعات

8- العلاج المقدم للحالة

الطرق الإحصائية المستخدمة في البحث

استخدم في هذا البحث اختبار (t-test) وقد تم اعتبار القيمة الاحتمالية (P-value) بدون دلالة إحصائية حين تكون $0.05 \leq$ في حين تعتبر ذات دلالة إحصائية إذا كانت $0.05 \geq$ ولها دلالة إحصائية عالية إذا كانت ≥ 0.01 (Saunders and Robert, 1994).

محافظة الغربية
مديرية الشؤون الصحية
مستشفى بطنطا

رقم الكشف الطبي: مسجل سنوي: تاريخ الكشف الطبي: اسم المصاب: السن: الحالة الاجتماعية: رقم البطاقة:

التقرير

بالكشف الطبي على المذكور بياناته أعلاه اتضح:

الأشياء التي يجب الانتباه إليها:

بصفة اليوم المصاب

مدينة السنون الصحية
مستشفى

تقرير طبي إبتدائي

رقم: 1006

بمعرفة أنا السيد الدكتور/ الأستاذ/ أخصائي/ بطباط من قسم شرطة

بتاريخ 23/3/2011 الموافق الساعة (صباحاً / مساءً) بتذكرة استقبال رقم

وهو مقم في

سجل مدني

وقد تبين أن المصاب يعاني من:

العلاج

وقد تقرر علاج المصاب (داخل / خارج) المستشفى.

التاريخ 2011 / /

مدير الإستقبال الأخصائي المعالج كاتب الإستقبال

مدير المستشفى

اسم مندوب الشرطة

توقيع مندوب الشرطة

صورة 1: صور ضوئية لنموذجين من تقارير طبية شرعية أولية (محل الدراسة) من بعض المستشفيات التابعة لمحافظة الغربية.

النتائج

أجريت هذه الدراسة على خمسمائة تقرير طبي شرعي أولي صادرة من مستشفيات طنطا الجامعي وبعض المستشفيات التابعة لوزارة الصحة بالغربية حيث تم نسخ صور ضوئية من مائتي تقرير طبي أولي من مستشفى الجامعة وثلاثمائة تقرير طبي أولي من بعض مستشفيات الصحة بمحافظة الغربية وذلك بعد أخذ موافقة الجهات المختصة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة الآتي: فيما يتعلق ببيانات الجزء الإداري (الديباجة) في التقارير الطبية الشرعية الأولية كما هو واضح بالجدول (1)، أن اسم المستشفى الصادر منها التقرير مذكور في 92% وغير مذكور في 8% من تقارير مستشفى طنطا الجامعي (مستشفى الجامعة) وهو اختلاف ذو دلالة إحصائية عالية، ووجد أن اسم المستشفى مذكور في 90.3% وغير مذكور في 9.7% من تقارير بعض المستشفيات التابعة لوزارة الصحة بالغربية (مستشفيات الصحة) وهو فرق ذو دلالة إحصائية عالية أيضاً. كما وجد أن تاريخ إصدار التقرير مذكور بالأرقام فقط في 97.5% من تقارير الجامعة و 98.7% من تقارير الصحة ومذكور بالألفاظ في 0.5% من تقارير الجامعة و 1% من تقارير الصحة، ولكن لم يكن موجوداً في 2% من تقارير الجامعة و 0.3% من تقارير الصحة، وهي فروق ذات دلالات إحصائية عالية.

أما عن ساعة إجراء الفحص الطبي وكتابة التقرير فهي مذكورة بدون تحديد (صباحاً أو مساءً) في 50% من تقارير الجامعة و 2.3% من تقارير الصحة، ومذكورة بالأرقام فقط في 96.5% من تقارير الجامعة و 83% من تقارير الصحة، ومذكورة بالألفاظ في 0.5% من تقارير الجامعة و 3% من تقارير الصحة، بينما لم يتم ذكر ساعة إصدار التقرير في 3% من تقارير الجامعة و 14% من تقارير الصحة وهو فرق ذو دلالة إحصائية بالنسبة لنتائج تقارير مستشفى الجامعة و ذو دلالة إحصائية عالية بالنسبة لنتائج تقارير مستشفيات الصحة. أما عن الجهة الطالبة للتقرير فقد تم ذكرها في 30% من تقارير الجامعة و 72% من تقارير الصحة، وهو فرق ذو دلالة

إصدار التقرير في 30 من تقارير الجامعة و 14% من تقارير الصحة وهو فرق ذو دلالة إحصائية بالنسبة لتسليح تقارير مستشفى الجامعة و ذو دلالة إحصائية عالية بالنسبة لنتائج تقارير مستشفيات الصحة. أما عن **الجهة الطالبة للتقرير** فقد تم ذكرها في 30% من تقارير الجامعة و 72% من تقارير الصحة، وهو فرق ذو دلالة إحصائية عالية. و بالنسبة **لتوقيع مدير المستشفى** على التقرير الطبي الشرعي الأولي فهو غير موجود في كل تقارير الجامعة وفي 86% من تقارير الصحة، وهو فرق ذو دلالة إحصائية عالية.

وبالنسبة **لخاتم المستشفى** على التقرير الطبي الشرعي الأولي فقد كان موجوداً في 33% من تقارير الجامعة و 16.7% من تقارير الصحة، وهو فرق ذو دلالة إحصائية عالية.

ويوضح الجدول (2) **عرض للبيانات الشخصية للمريض** كما وردت بالتقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة حيث أوضحت النتائج أنه يتم كتابة اسم المريض ثلاثياً في 91% من تقارير الجامعة و 56.3% من تقارير الصحة. وتشير النتائج إلى أن اسم المريض كان مقروءاً بصعوبة في 20% من تقارير الجامعة و 7.4% من تقارير الصحة، ولم يكن مقروءاً على الإطلاق في 1.5% من تقارير الجامعة.

وتوضح النتائج أيضاً أن **سن المريض** كان محددًا في 97% من تقارير الجامعة و 77.7% من تقارير الصحة بفروق ذات دلالات إحصائية عالية. أما **نوع المريض** (ذكر أو أنثى) فلم يكن محددًا في 99.5% من تقارير الجامعة وكل تقارير الصحة وهي فروق ذات دلالات إحصائية عالية.

أما بخصوص **عنوان المريض** فقد كان مذكوراً بالتفصيل فقط في 11% من تقارير الجامعة و 44% من تقارير الصحة، ولكن لم يتمكن من قراءة عنوان المريض في 22.5% من تقارير الجامعة و 5% من تقارير الصحة، في حين أنه لم يكن مذكوراً في 0.33% من تقارير الصحة وهي فروق ذات دلالات إحصائية.

وبالنسبة **لوسيلة التحقق من شخصية المريض** كما وردت بالتقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة فقد وجد أن الاعتماد على بصمة الإبهام الأيمن كوسيلة للتعرف يتم في 16.5% من تقارير الجامعة و 28.7% من تقارير الصحة، وكان الاعتماد على رقم البطاقة في 3% من تقارير الجامعة و 7% من تقارير الصحة وعلى البصمة ورقم البطاقة معاً في 0.5% من تقارير الجامعة و 33.7% من تقارير الصحة، في حين أن وسيلة التحقق من شخصية المريض تمت عن طريق ذكر اسم المرافق ورقم بطاقته في 75% من تقارير الجامعة و 8.3% من تقارير الصحة، بينما لم يكن هناك أية وسيلة للتحقق من شخصية المريض في 5% من تقارير الجامعة و 18.7% من تقارير الصحة، وجميعها فروق ذات دلالات إحصائية.

ويوضح جدول (3) **عرضاً للبيانات الخاصة بسبب الإصابة والآلة المستخدمة في إحداث الإصابة** كما ورد بالتقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة. وتشير النتائج إلى أن سبب الإصابة لم يكن مذكوراً في 80% من تقارير الجامعة و 21.3% من تقارير الصحة. أما عن الآلة المستخدمة في إحداث الإصابات فلم يتم ذكرها في 98% من تقارير الجامعة و 90% من تقارير الصحة، وجميعها فروق ذات دلالات إحصائية عالية.

ويوضح جدول (4) **عرضاً لبيانات الفحص الموضعي للإصابات** بالتقارير الطبية الشرعية الأولية التي ورد بها إصابات ظاهرية وعددها 192 تقرير في مستشفى الجامعة و 255 تقرير في مستشفيات الصحة. بالنسبة لتسجيل عدد الإصابات أوضحت الدراسة أن تسجيل عدد الإصابات كان مذكوراً بالأرقام في 3.1% من تقارير الجامعة بينما تم تسجيل عدد الإصابات بالألفاظ في 16.7% من تقارير الجامعة و 6.7% من تقارير الصحة ولم يتم تسجيل عدد الإصابات في 80.2% من تقارير الجامعة و 93.3% من تقارير الصحة وهذه الفروق لها دلالة إحصائية بالنسبة لنتائج مستشفى الجامعة ولها دلالة إحصائية عالية بالنسبة لنتائج مستشفيات الصحة.

أما عن **نوع الإصابة** فقد تم تسجيله بألفاظ فنية صحيحة مثل (جرح قطعي - جرح رضي - كدمات - سحجات) في 81.2% من تقارير الجامعة و 82.7% من تقارير الصحة، بينما سجلت نوع الإصابة باستخدام ألفاظ ليست فنية مثل (جروح سطحية - احمرار - تورم) في 13.1% من تقارير الجامعة و 8.3% من تقارير الصحة، في حين لم يتم تسجيل نوع الإصابة في 5.7% من تقارير الجامعة و 9% من تقارير الصحة وهي فروق ذات دلالات إحصائية.

وبالنسبة **لأبعاد الإصابة** فقد تم تسجيلها بالأرقام في 3.1% من تقارير الجامعة و 9.8% من تقارير الصحة و بالحروف في 9% من تقارير الصحة فقط، وكان تسجيل أبعاد الإصابة بالأرقام و الحروف في 0.5% من تقارير الجامعة و 3.9% من تقارير الصحة ولم يتم ذكر أبعاد الإصابة في 93.2% من تقارير الجامعة و 77.3% من تقارير الصحة، وهي فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لنتائج تقارير مستشفى الجامعة.

وعن **موضع الإصابة** فقد كان مذكوراً بالتفصيل من حيث (مكان الإصابة - الجهة اليمنى أو اليسرى - الجهة الإنسانية أو الوحشية - البعد عن أقرب موضع تشريحي ثابت) في 32.8% من تقارير الجامعة و 34.2% من تقارير الصحة ومذكوراً بدون تفصيل في 63.5% من تقارير الجامعة و 60.7% من تقارير الصحة، وغير مذكور على الإطلاق في 3.6% من تقارير الجامعة و 5.1% من تقارير الصحة، وجميعها فروق ذات دلالات إحصائية.

وعن **الوصف التفصيلي للإصابات** من حيث (زوايا الجرح - حواف الجرح - قاعدة الجرح - الأنسجة المحيطة) فقد كان مذكوراً جزئياً حيث تم وصف حواف الجرح والأنسجة المحيطة فقط في 3.6% من تقارير الجامعة و لم يرد أي وصف تفصيلي للإصابات في 96.3% من تقارير الجامعة و كافة تقارير الصحة، وهي فروق ذات دلالات إحصائية عالية.

وعن وجود تولدات مشتبهة والأجسام الغريبة داخل أو حول الجرح فلم يرد الإشارة إليها في كل تقارير الجامعة والصحة. وبالنسبة للإصابات المشتبه في مصابقتها للإصابة الأصلية فقد ورد ذكرها في 41.7% من تقارير الجامعة و 25.1% من تقارير الصحة، ولم يرد لها أي ذكر في 58.3% من تقارير الجامعة و 74.9% من تقارير الصحة، وهو فرق ذو دلالة إحصائية بالنسبة لنتائج تقارير مستشفيات الصحة.

ويوضح جدول (5) **عرضاً للبيانات الخاصة بالعلاج وطرق التشخيص** الواردة بالتقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة. وقد أشارت النتائج إلى أن طلب عمل التحاليل الطبية و الأشعات قد ورد في 50% من تقارير الجامعة و 11% من تقارير الصحة، ولم يتم الإشارة إليها في 22.5% من تقارير الجامعة و 53% من تقارير الصحة، في حين أن هذه الحالات كانت تتطلب إجراء فحوص طبية و أشعات. ومن بين التقارير محل الدراسة تبين أن 27.5% من تقارير الجامعة و 36% من تقارير الصحة لم يرد بها أي ذكر لفحوص طبية أو أشعات ولم تكن الحالة تتطلب بالفعل مثل هذه الإجراءات وجميعها فروق ذات دلالات إحصائية.

أما عن الإجراءات العلاجية التي تمت للحالة فقد تم تسجيلها في 25% من تقارير الجامعة و 11.3% من تقارير الصحة، بينما لم تكن الحالة تتطلب أية تدخلات علاجية في 10% من تقارير الجامعة و 24.4% من تقارير

الحالة تتطلب بالفعل مثل هذه الإجراءات وجميعها فروق ذات دلالات إحصائية. أما عن الإجراءات العلاجية التي تمت للحالة فقد تم تسجيلها في 25% من تقارير الجامعة و 11.3% من تقارير الصحة، بينما لم تكن الحالة تتطلب أية تدخلات علاجية في 10% من تقارير الجامعة و 24.4% من تقارير الصحة، ولم ترد أية إشارة لذلك بالتقارير الطبية الشرعية الأولية، وجميعها فروق ذات دلالات إحصائية. أما عن العروضات و التحويلات إلى أقسام أخرى فقد تم الإشارة إليها في 50% من تقارير الجامعة و 26.3% من تقارير الصحة. بينما لم تكن الحالة تتطلب إجراء أي عروضات في 27.5% من تقارير الجامعة و 41.4% من تقارير الصحة، ولم يتم تسجيل ذلك بالتقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة في 22.5% من تقارير الجامعة و 32.3% من تقارير الصحة، وجميعها لها فروق ذات دلالات إحصائية.

ويوضح جدول (6) **بيانات الرأي الطبي** كما ورد بالتقارير الطبية الشرعية الأولية. بالنسبة للوقت اللازم للشفاء فقد أظهرت النتائج تحديد الوقت اللازم للشفاء بأنه أقل أو أكثر من عشرين يوماً في 2.5% من تقارير الجامعة و 5.3% من تقارير الصحة، بينما تم تحديده بواحد وعشرين يوماً في 75% من تقارير الجامعة و 43.4% من تقارير الصحة، و ورد في 17.5% من تقارير الجامعة و 46% من تقارير الصحة أنه لا يمكن تحديد الوقت اللازم للشفاء. ولم يتم الإشارة إلى الوقت اللازم للشفاء في 5% من تقارير الجامعة و 5.3% من تقارير الصحة، وهي فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لنتائج مستشفى الجامعة.

ويوضح جدول (7) **عرض بيانات الطبيب المناظر للحالة** كما وردت بالتقارير الطبية الشرعية الأولية. أوضحت النتائج أن اسم الطبيب المناظر للحالة موجود ثنائياً في 15% من تقارير الجامعة و 53.3% من تقارير الصحة و موجود ثلاثياً في 60% من تقارير الجامعة و 31.7% من تقارير الصحة. كما أنه لم يمكن قراءته في 1% من تقارير الجامعة و 3.7% من تقارير الصحة. بينما لم يتم ذكر اسم الطبيب على الإطلاق في 24% من تقارير الجامعة و 11.3% من تقارير الصحة، وجميعها بها فروق ذات دلالات إحصائية. أما بالنسبة لتخصص الطبيب المناظر للحالة فهو غير مذكور في 20% من تقارير الجامعة و 11.3% من تقارير الصحة، وهي فروق ذات دلالات إحصائية عالية. أما عن الدرجة الوظيفية للطبيب فقد ذكرت في 70% من تقارير الجامعة و 73.3% من تقارير الصحة، وهي فروق ذات دلالات إحصائية عالية.

جدول (1): عرض بيانات الجزء الإداري في التقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة باستخدام النسب المئوية و (Student t test).

		تقارير مستشفى الجامعة (200 تقرير)				تقارير مستشفيات الصحة (300 تقرير)			
		العدد	%	Student t-test	P value*	العدد	%	Student t test	P value*
اسم المستشفى	مذكور	184	92	5.322	0.001	271	90.3	11.25	0.001
	غير مذكور	16	8			29	9.7		
التاريخ	مذكور	195	97.5	9.362	0.001	296	98.7	8.625	0.001
	بالأرقام	1	0.5			3	1		
	بالألفاظ	4	2			1	0.33		
الساعة	مذكورة	94	47	3.256	0.048	251	83.7	6.325	0.001
	مذكورة تحديداً (صباحاً أو مساءً)	100	50			7	2.33		
	مذكورة بدون تحديد	193	96.5			249	83		
	غير مذكورة	1	0.5			9	3		
الجهة الطالبة للتقرير	مذكورة	60	30	11.285	0.001	216	72	15.52	0.001
	غير مذكورة	140	70			84	28		
توقيع مدير المستشفى	موجود	-	-	5.447	0.001	42	14	20.36	0.001
	غير موجود	200	100			258	86		
خاتم المستشفى	موجود	66	33	6.325	0.001	50	16.7	14.628	0.001
	غير موجود	134	67			250	83.3		

*القيمة الاحتمالية $0.05 \leq P\text{-value}$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية و $0.01 \geq$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية عالية.

جدول (2): عرض البيانات الشخصية للمريض في التقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة باستخدام النسب المئوية و (Student t test).

		تقارير مستشفى الجامعة (200 تقرير)				تقارير مستشفيات الصحة (300 تقرير)			
		العدد	%	Student t test	P value*	العدد	%	Student t test	P value*
اسم المريض	مذكور	4	2	4.525	0.002	1	0.33	3.256	0.002
	مذكور ثنائياً	182	91			169	56.3		
	مذكور ثلاثياً	14	7			128	42.7		

	مذكور أكثر من ثلاثي	14	7			128	42.7		
	غير مذكور	-	-			2	0.67		
	مقروء بسهولة	157	78.5	2.635	0.048	276	92.6	4.126	0.001
	مقروء بصعوبة	40	20			22	7.4		
	غير مقروء	3	1.5			-	-		
سن المريض	محدد	194	97	20.14	0.001	233	77.7	18.63	0.001
	غير محدد	6	3			67	22.3		
نوع المريض (الجنس)	محدد	1	0.5	29.63	0.001	-	-	15.36	0.001
	غير محدد	199	99.5			300	100		
العنوان	مذكور بالتفصيل	22	11	2.417	0.042	132	44	4.369	0.009
	مذكور باختصار	133	66.5			152	50.7		
	لا يمكن قراءته	45	22.5			15	5		
	غير مذكور	-	-			1	0.33		
التحقق من شخصية المريض	بصمه الإبهام الأيمن	33	16.5	3.225	0.018	86	28.7	2.558	0.013
	رقم البطاقة	6	3			21	7		
	البصمة ورقم البطاقة	1	0.5			101	33.7		
	اسم المرافق ورقم بطاقته	150	75			25	8.3		
	توقيع المريض	-	-			7	2.3		
	رقم البطاقة والتوقيع	-	-			4	1.3		
	لا يوجد	10	5			56	18.7		

*القيمة الاحتمالية $0.05 \leq (P\text{-value})$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية، و $0.01 \geq$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية عالية.

جدول (3): عرض البيانات الخاصة بسبب الإصابة و الآلة المستخدمة في إحداث الإصابات في التقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة باستخدام النسب المئوية و (Student t test).

البيانات	الكيفية	تقارير مستشفى الجامعة (200 تقرير)				تقارير مستشفيات الصحة (300 تقرير)			
		العدد	%	Student t test	P value*	العدد	%	Student t test	P value*
سبب الإصابة	مذكور	40	20	7.358	0.001	236	78.7	18.556	0.001
	غير مذكور	160	80			64	21.3		
الآلة المستخدمة في إحداث الإصابات	مذكورة	4	2	21.11	0.001	30	10	19.335	0.001
	غير مذكورة	196	98			270	90		

*القيمة الاحتمالية $0.01 \leq (P\text{-value})$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية عالية.

جدول (4): عرض بيانات تفاصيل فحص الإصابات في التقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة الوارد بها إصابات باستخدام النسب المئوية و (Student t test).

البيانات	الكيفية	تقارير مستشفى الجامعة (192 تقرير)				تقارير مستشفيات الصحة (255 تقرير)			
		العدد	%	Student t test	P value*	العدد	%	Student t test	P value*
عدد الإصابات	مذكور بالأرقام	6	3.1	5.625	0.002	-	-	10.330	0.001
	مذكور بالحروف	32	16.7			17	6.7		
	غير مذكور	154	80.2			238	93.3		
نوع الإصابة	مذكور بألفاظ فنية صحيحة	156	81.2	3.523	0.009	211	82.7	2.141	0.036
	مذكورة بألفاظ غير فنية	25	13.1			21	8.3		
	غير مذكور	11	5.7			23	9		
أبعاد الإصابة	مذكور بالأرقام	6	3.1	4.258	0.005	25	9.8	1.523	0.096
	مذكور بالحروف	-	-			23	9		

غير مذكور	11	5.7				25	9.8	1.523	0.096
أبعاد الإصابات	مذكور بالأرقام	6	3.1	4.258	0.005	25	9.8	1.523	0.096
	مذكور بالحروف	-	-			23	9		
	مذكور بالأرقام والحروف	1	0.52			10	3.9		
	غير مذكور	179	93.2			197	77.3		
موضع الإصابات	مذكور بدون تفصيل	122	63.5	3.625	0.018	155	60.7	4.002	0.013
	مذكور بالتفصيل	63	32.8			87	34.2		
	غير مذكور	7	3.6			13	5.1		
وصف الإصابات	مذكور كاملاً	-	-	11.251	0.001	-	-	20.336	0.001
	مذكور جزئياً	7	3.6			-	-		
	غير مذكور	185	96.3			255	100		
التلوثات المشتبهة والأجسام الغريبة داخل أو حول الجرح	مذكورة	-	-	11.256	0.001	-	-	16.352	0.001
	غير مذكورة	192	100			255	100		
الإصابات المشتبهة في مصاحبته للإصابة الأصلية	مذكورة	80	41.7	0.631	0.347	64	25.1	5.611	0.014
	غير مذكورة	112	58.3			191	74.9		

*القيمة الاحتمالية $0.05 \leq (P\text{-value})$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية، و $0.01 \geq$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية عالية.

جدول (5): عرض البيانات العلاجية والتشخيصية في التقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة باستخدام النسب المئوية (Student t test).

البيانات	الكيفية	تقارير مستشفى الجامعة (200 تقرير)				تقارير مستشفيات الصحة (300 تقرير)			
		العدد	%	Student t test	P value*	العدد	%	Student t test	P value*
التحاليل الطبية و الأشعاع	مذكورة	100	50	2.996	0.022	33	11	4.556	0.005
	غير مذكورة	45	22.5			159	53		
	الحالة لم تتطلب	55	27.5			108	36		
العلاج المقدم	مذكور	50	25	5.635	0.030	34	11.3	3.568	0.038
	غير مذكور	130	65			193	64.3		
	الحالة لم تتطلب	20	10			73	24.4		
العروضات والتحويلات	مذكورة	100	50	2.336	0.018	79	26.3	3.159	0.047
	غير مذكورة	45	22.5			97	32.3		
	الحالة لم تتطلب	55	27.5			124	41.4		

*القيمة الاحتمالية $0.05 \leq (P\text{-value})$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية، و $0.01 \geq$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية عالية.

جدول (6) عرض بيانات الرأي الطبي فيما يتعلق بالوقت اللازم للشفاء في التقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة باستخدام النسب المئوية (Student t test).

البيانات	الكيفية	تقارير مستشفى الجامعة (200 تقرير)				تقارير مستشفيات الصحة (300 تقرير)			
		العدد	%	Student t test	P value*	العدد	%	Student t test	P value*
الوقت اللازم للشفاء	محدد بأقل أو أكثر من عشرين يوماً	5	2.5	2.669	0.047	16	5.3	0.635	0.447
	محدد بأقل أو أكثر من واحد وعشرين يوماً	150	75			130	43.4		
	غير محدد	10	5			16	5.3		
	لا يمكن تحديده	35	17.5			138	46		

*القيمة الاحتمالية $0.05 \leq (P\text{-value})$ تعني أنها ذات دلالة إحصائية.

جدول (7) عرض بيانات الطبيب المناظر للحالة في التقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة باستخدام النسب المئوية (Student t test).

البيانات	الكيفية	تقارير مستشفى الجامعة (200 تقرير)				تقارير مستشفيات الصحة (300 تقرير)			
		العدد	%	Student t test	P value*	العدد	%	Student t test	P value*
اسم الطبيب	موجود ثنائي	30	15	3.159	0.008	160	53.3	6.325	0.002
	موجود ثلاثي	120	60			95	31.7		
	لا يمكن قراءته	2	1			11	3.7		
التخصص	غير موجود	48	24			34	11.3		
	مذكور	160	80	6.220	0.001	266	88.7	8.663	0.001
	غير مذكور	40	20			34	11.3		
الدرجة الوظيفية	مذكورة	140	70	4.336	0.001	220	73.3	9.668	0.001

غير مذكور	40	20			34	11.3			
الدرجة الوظيفية	مذكورة	140	70	4.336	0.001	220	73.3	9.668	0.001
	غير مذكورة	60	30			80	26.7		

تعني أنها ذات دلالة إحصائية عالية $(P\text{-value}) \leq 0.01$.

المناقشة

تكمن أهمية التقرير الطبي الشرعي الأولي في أنه الدليل الفني الذي يقدم إلى جهات التحقيق وتوجيه الاتهام وإلى المحكمة كونها جهة الفصل في الموضوع وقد يكون الدليل الفني الوحيد (Reddy, 2001). وحيث أن الطبيب محرر التقرير الطبي الشرعي الأولي يناظر الإصابة قبل أي تدخلات علاجية أو أي تغيرات التئامية، فإن تقريره يعتبر المرجع الذي يلجأ إليه الطبيب الشرعي لإجابة طلبات النيابة العامة من حيث نوع الإصابة وأبعادها وموضعها من الجسم والآلة المستخدمة في إحداثها وكذا تاريخ الإصابة وما عسى أن يتخلف عنها من مضاعفات والمدة اللازمة للشفاء وعمّا إذا كان سيتخلف عنها عاهة مستديمة من عدمه ومن هنا يتضح الهدف الذي من أجله تحرر التقارير الطبية الشرعية الأولية وتتضح أيضاً أهميتها البالغة كمستند رسمي يحمل دليلاً فنياً في القضية (مادة 453 من تعليمات النيابة العامة).

و بالرجوع إلى ما توافر لدينا من مراجع علمية وما هو ثابت بمواد القانون المصري وتعليمات النيابة العامة بخصوص التقارير الطبية الشرعية الأولية لم يتبين لنا وجود أي أسس علمية واضحة لجميع النقاط التي يجب أن يغطيها التقرير الطبي الشرعي الأولي كما لم يتبين لنا وجود أية إجراءات تنظيمية بالمستشفى التي تصدر هذه التقارير وتعتبر هذه أول دراسة من نوعها لاقتراح نموذج لمحتوى التقرير الطبي الشرعي الأولي وكذا وضع بروتوكول تنظيمي لفحص الحالات التي يتم إصدار تقرير طبي شرعي أولي بشأنها.

وقد أظهرت النتائج أنه بدراسة الديباجة في التقارير الطبية الشرعية الأولية موضوع البحث تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عالية بخصوص ذكر اسم المستشفى الصادر منها التقرير. وعدم ذكر اسم المستشفى بالتقارير الطبية الشرعية الأولية يعتبر نقطة قصور جسيمة ويخالف الأسس المنققة عليها وفيما أصدرته منظمة الصحة العالمية عام 2006 بتقريرها من تعليمات بشأن ضرورة كتابة اسم المستشفى بالتقارير الصادرة منها (WHO, 2006).

و يعتبر ذكر اسم المستشفى الصادر عنها التقرير الطبي الشرعي الأولي ذو أهمية كبيرة وذلك لضمان شرعية وقانونية التقرير وكذلك أيضاً للرجوع للمستشفى المسئول عن إصدار التقرير في حالة الاحتياج لأيّة استفسارات فنية من جانب النيابة العامة أو المحكمة، و بناءً عليه فإن التقرير الطبي الأولي الغير مذكور به اسم الجهة الصادر عنها لا يصح أن يعتبر مستنداً رسمياً بالقضية.

وعلى غير المتوقع أوضحت الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عالية بخصوص ذكر الجهة الطالبة للتقرير. أما عن توقيع مدير المستشفى على التقرير الطبي الشرعي الأولي فعلى الرغم من أنه غير موجود في جميع التقارير الصادرة من مستشفى الجامعة إلا أنه موجود في 14% فقط من تقارير الصحة.

وفي هذا الشأن ذكر (Young and Well (2009 و (Pozgar and Santucci (2011 أن التقرير الطبي الشرعي الأولي هو وسيلة منظمة ورسمية للاتصال بين الأطباء والجهاز القانوني لذا فإن طلبات الحصول على التقارير الطبية الشرعية الأولية أمر وارد الحدوث وينبع من مصادر متنوعة مثل الشرطة والمحامين والمحكمة وشركات التأمين أو المرضى أنفسهم.

وفي جمهورية مصر العربية يعتبر قرار وزير الصحة رقم 187 لسنة 2001م بخصوص التقرير الطبي الأولي هو المرجع التنظيمي لهذه التقارير إلا أنه لم يشتمل على كافة النقاط التي يجب أن يحتويها التقرير الطبي الأولي فبالنسبة لضرورة تسجيل الجهة المحول منها المصاب ورد بقرار الوزير ما نصه "يتم توقيع الكشف الطبي على المصاب بناءً على خطاب إحالة صادر من الشرطة" كما نص نفس القرار على "يوقع التقرير من الأخصائي أو مساعد الأخصائي ومدير الاستقبال".

إلا أنه في جمهورية مصر العربية يتم تحويل المصاب إلى المستشفى لكتابة تقرير طبي أولي ليس فقط من الشرطة ولكن أيضاً من النيابة العامة، وقد يطلب المصاب نفسه أو ولي أمره أو المرافق له إن كان المصاب في حالة اضطراب وعي كتابة تقرير طبي أولي أيضاً، وفي هذه الحالة لا يتم تسجيل الجهة الطالبة للتقرير أو المحول منها المصاب ولكن لابد من تسجيل أنه تم كتابة هذا التقرير بناءً على طلب المصاب نفسه وهو ماله أهمية قانونية كبيرة. أما عن التحقق من شخصية المصاب فقد أظهرت نتيجة الدراسة اختلاف وسائل التحقق من شخصية المصاب بين بصمة الإبهام ورقم البطاقة و اسم المرافق ورقم بطاقته، أو توقيع المصاب.

وقد ورد بقرار وزارة الصحة رقم 187 لسنة 2001 أنه لا يتم كتابة التقرير الطبي الأولي إلا بعد التحقق من أنه من الوسائل الشائعة جدا للتحقق من شخصية المصاب في التقارير (Gorea (2005 شخصية المصاب. وقد ذكر الطبية الشرعية الأولية هو أخذ بصمة إبهامه الأيمن على التقرير، وقد اعتبر ذلك أفضل وسيلة للتعرف على المصاب فإذا حدثت أي مشكلة تخص التحقق من شخصية المصاب في وقت لاحق يمكن الرجوع إلى البصمة كونها سمة لا يشترك فيها اثنين كما أنه لا يمكن تزويرها أو تقليدها.

وفي هذا الشأن أشار تقرير منظمة الصحة العالمية عام 2006 أن التحقق الدقيق من شخصية المصاب هو العمود الفقري لأي سجل طبي وذلك من خلال بعض الخصائص المميزة للمريض والتي يمكن منها التعرف على المصاب مثل رقم بطاقة تحقيق الشخصية وبصمة الإبهام ورقم التأمين الصحي في بعض البلاد وفي حالة وجود طفل حديث الولادة يتم الاعتماد على بصمات الأصابع أو بصمة القدم (WHO, 2006).

ويعتبر التحقق من شخصية المصاب عنصراً هاماً لأي تقرير طبي عامة وللتقارير الطبية الشرعية الأولية خاصة حتى تكتمل الصورة القانونية للتقرير وذلك بنسبته إلى الشخص المعني (المصاب). وعلى الطبيب المناظر للحالة التأكد بنفسه من شخصية المصاب والاطلاع على بطاقته الشخصية والتأكد من كافة البيانات الخاصة به والواردة بالتقرير، ويقوم بعدها بأخذ بصمة الإبهام الأيمن للمصاب على التقرير. فإن تعذر على الطبيب أخذ بصمة الإبهام الأيمن نتيجة وجود جرح أو حرق أو إصابة به فعليه أن يقوم بأخذ بصمة الإبهام الأيسر وأن يذكر أن البصمة تم أخذها من الإبهام الأيسر للمصاب وبهذه الطريقة.

بالتقرير، ويقوم بعدها بأخذ بصمة الإبهام الأيمن للمصاب على التقرير. فإن تعذر على الطبيب أخذ بصمة الإبهام الأيمن نتيجة وجود جرح أو حرق أو إصابة به فعليه أن يقوم بأخذ بصمة الإبهام الأيسر وأن يذكر أن البصمة تم أخذها من الإبهام الأيسر للمصاب ويوقع بجوارها.

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عالية بخصوص ذكر سبب الإصابة. وقد أشار كل من (Huntly & Guthrie 2004) و (Bird 2004) إلى ضرورة ذكر سبب وقوع الإصابة والآلة المستخدمة في إحداثها في التقرير الطبي الشرعي الأولي، على أن تؤخذ مصادر المعلومات التي يتم تضمينها حرفياً من الشخص المعني إلا إذا كان غائباً عن الوعي أو غير مدرك كالأطفال والمصاب المتأخر عقلياً، وهنا يتم الاعتماد على المرافقين في سرد أحداث الواقعة مع ذكر اسم المرافق الذي أدلى بهذه البيانات ورقم بطاقته الشخصية. وعند ذكر سبب الإصابة أو الآلة المستخدمة في إحداثها لابد أن يكون ذلك مسبقاً بجملة "كما جاء على لسان المصاب أو مرافقيه" لأن الطبيب في هذه الحالة ليس شاهد واقعة ولا علم له بأحداث الواقعة ولا بالآلة المستخدمة في إحداث الإصابات التي يحزر بشأنها التقرير الطبي المبدئي.

أما بخصوص بيانات الفحص الموضوعي للإصابات بالتقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة فقد أظهرت النتائج أن التقارير التي ورد بها إصابات - وعددها 192 تقريراً صادراً من مستشفى الجامعة و 255 تقريراً صادراً من مستشفيات الصحة - بها فروق ذات دلالة إحصائية بخصوص ذكر بيانات الإصابات من عدمه. وعن الجزء الفني بالتقارير الطبية الشرعية الأولية والذي يشمل الوصف الموضوعي للإصابات فقد أشارت هدى دياب (1993) أنه يجب على الطبيب عند كتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي أن يصف الإصابات وصفاً دقيقاً من حيث عددها و شكلها ونوعها وأبعادها (الطول والعرض) وشكل حواف الجروح وزواياها وقواعدها وموقع كل إصابة بالنسبة للإصابات الأخرى إن تعددت وشكل الأنسجة حولها ووجود أية أجسام غريبة أو بقع مشتبهة حول الجرح. و لم يرد بقرار وزارة الصحة رقم 187 لعام 2001 م كونه الوثيقة الوحيدة الصادرة من وزارة الصحة في مصر التي وضعت بعض الأسس لكتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي سوى الآتي:

1- ضرورة أن يشمل التقرير أن توثيق الكشف الطبي على المصاب جاء بناءً على خطاب إحالة صادر من الشرطة ويتضمن كافة البيانات الخاصة به.

2- يتم عرض المصاب - بعد التأكد من شخصيته - على الأخصائي أو مساعد الأخصائي لإثبات ما به من إصابات، وتحديد المدة اللازمة لعلاجها

3- أن يوقع التقرير من الأخصائي أو مساعد الأخصائي ومدير الاستقبال-

4- يكون تحديد مدة العلاج بأقل من عشرين يوماً في الحالات التي لا تحدث فيها مضاعفات، أما إذا تخلف عن الإصابة عاهة فتحدد مدة العلاج ونسبة العجز الناجم عنها وفقاً لما يتضمنه التقرير الطبي النهائي.

وقد تضمنت تعليمات النيابة العامة بخصوص كتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي الآتي: **مادة 453:** يجب أن يبين الطبيب في التقرير الطبي الذي يقدمه وصف إصابات المصاب وسببها وتاريخ حصولها والآلة المستعملة في إحداثها والمدة اللازمة لعلاجها بحيث يمكن معرفة مدى جسامته الإصابة وما إذا كانت مدة علاجها تزيد على عشرين يوماً وعلى أعضاء النيابة العامة أن يأمرؤا باستيفاء ما يكون في التقارير الطبية من نقص في هذا الشأن ليتيسر لهم التصرف في القضية على أساس واضح وسليم.

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة الحالية فإن عدم ذكر عدد الإصابات في التقرير قد يؤدي إلى ضياع حقوق المتقاضين فقد يلجأ المصاب إلى الإشارة إلى إصابات أخرى أمام جهات التحقيق لم يذكرها التقرير الطبي الأولي ويؤيدها شهود الواقعة الأمر الذي يجعل هناك استحالة في الجمع بين الدليل القولي والدليل الفني مما يؤدي إلى إهدار الدليل القولي، فالقاعدة القانونية تنص على أنه "إذا اختلف الدليل الفني مع الدليل القولي ترجح كفة الدليل الفني".

مما سبق أصبح من الواضح أن التوصيف الدقيق للجرح يؤدي إلى تشخيص صحيح له فيصبح دليلاً قوياً تأخذ به جهات التحقيق والحكم ولكن إن لم يؤد التوصيف الدقيق للجرح إلى تشخيص صحيح للجرح فإنه يغني تماماً عنه الأمر الذي يمكن معه الاستغناء تماماً عن بند التشخيص بالتقارير الطبية الشرعية الأولية والاكتفاء بتوصيف الجروح توصيفاً دقيقاً مخافة أن يتناقض التشخيص مع التوصيف وتعتبر نقطة جدال فيما بعد بين المتقاضين أمام جهات التقاضي.

ولجمع العينات أهمية طبية شرعية كبيرة قد تفيد في كشف كثير من الجرائم ليس فقط للتعرف على نوع السلاح ولكن أيضاً في التعرف على الجاني ومسرح الجريمة فمثلاً قد يتم العثور على أجسام غريبة داخل الجرح مثل نصل السلاح مكسوراً بداخل الجرح في بعض الجروح الطعنية وفتات الزجاج ببعض الجروح القطعية والمفدوفات في حالات الجروح النارية والتي ستشير إلى نوع السلاح المستخدم في إحداث الإصابة النارية (Knight, 1991).

وقد يتم العثور أيضاً على بعض الأتربة الطينية أو الرملية أو بعض الأعشاب الجافة خاصة بقاع الجروح المتهتكة والتي قد يحملها الجرح إما من الأداة المحدث لها أو من مسرح الحادث حيث أن ظاهرة الكباري بأنسجة الجرح المتهتك (الأنسجة العابرة) وكذلك هرس الأوعية الدموية بقاع الجرح والذي يجعل النزف قليلاً يؤدي إلى إحداث خشونة بقاع الجرح المتهتك تساعد على أن تعلق به الأجسام و التلوثات الغريبة. وقد يتم العثور على تلوثات مشتبهة حول الجرح يكون لها دلالة طبية شرعية كبيرة فمثلاً وجود علامات قرب الإطلاق حول الجرح الناري من اسوداد بارودي، نمش بارودي و حرق يفيد في تحديد مسافة الإطلاق (Knight, 1991).

كما أن جمع آثار البقع المشتبهة أو الأجسام الغريبة حول الإصابات في حالات الاعتداء الجنسي يعتبر ذا أهمية طبية شرعية كبيرة ليس فقط لأن محرر التقرير الطبي الشرعي الأولي هو أول من يلاحظ مثل هذه الحالات ولكن أيضاً لأن هذه العينات ستفقد مع مرور الوقت لحين العرض على الطبيب الشرعي، ففي وجود آثار عضة آدمية (سحجات وكدمات) يجب أخذ مسحة من حول العضة وتحريزها لأنها تحمل لعاب من أحدثها، كما أن أخذ عينات من البقع المشتبهة بأنسجتي الفخذين والعضو التناسلي الخارجي للأنثى تعتبر ذات أهمية كبيرة. ولا يفوتنا أن نذكر أنه (Sheperd, 2003) سواء كانت العضة بالمصاب ضمن حالة اعتداء جنسي أو غيره فلا بد من أخذ مسحة من حول العضة

وقد أشارت النتائج إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بخصوص طلب عمل التحاليل الطبية و الأشعاع

من عدمه، و يجب على الطبيب أن يذكر بالتقرير الطبي الشرعي الأولي أية تداخلات علاجية أو تشخيصية قد أجراها المصاب مع طبيب آخر قبل تقديمه للتقرير. الكشوفات الطبية الشرعية على المصابين بالتقاضي

وقد أشارت النتائج إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بخصوص طلب عمل التحاليل الطبية و الأشعات من عدمه، و يجب على الطبيب أن يذكر بالتقرير الطبي الشرعي الأولى أية تداخلات علاجية أو تشخيصية قد أجراها للمصاب حتى يتسنى للطبيب الشرعي الذي قد ينتدب من بعده لتوقيع الكشف الطبي الشرعي على المصاب أن يتحقق من نوع الإصابة. فغالباً ما تتغير معالم الجرح بالتدخلات الجراحية، فعلى سبيل المثال في حالات الإصابات الرضائية بالبطن قد يسجل الطبيب المناظر للحالة بتقريره الطبي الشرعي الأولي وجود جروح رضائية أو كدمات بالبطن ثم تستدعي الحالة إجراء عملية استكشاف للبطن والتي قد تغير من معالم الإصابة الأصلية إذا اشتمل الشق الجراحي تلك الإصابة (هدى دياب، 1993).

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عالية بخصوص تسجيل الوقت اللازم للشفاء بالتقارير الطبية الشرعية الأولية. وقد ذكر كل من (Huntly & Guthrie (2004 و (Bird (2004 بالنسبة لبند الرأي الطبي بالتقرير الطبي الشرعي الأولي ضرورة أن يتضمن هذا الرأي العناصر الآتية:

- (طبيعة الجرح (سواء جرح بسيط أو جرح خطير -
- المدة اللازمة للشفاء والمضاعفات المحتملة -

- إذا كان المصاب سيظل تحت الملاحظة أو سيتم تحويله إلى قسم آخر أو سيخرج نهائياً من المستشفى.

أما بالنسبة للنظام المتبع في جمهورية مصر العربية فإن تحديد الوقت اللازم للشفاء بالتقرير الطبي الشرعي الأولي قد تم تنظيمه بقرار وزير الصحة رقم 187 لسنة 2001 م، والذي ورد بنصه "أنه يكون تحديد مدة العلاج بأقل من 20 يوماً في الحالات التي لا تحدث فيها مضاعفات، أما إذا تخلف عن الإصابة عاهة فتحدد مدة العلاج ونسبة العجز الناجم عنها وفقاً لما يتضمنه التقرير الطبي النهائي".

وطبقاً لما ورد بتعليمات النيابة العامة مادة 453 فإن تصنيف القضية كونها جناحة أو جناية جاء تأسيساً على مدة الشفاء وعمّا إذا كان سيتخلف عن الإصابة عاهة مستديمة من عدمه، وعمّا إذا كانت الإصابة قد أدت إلى الوفاة بعلاقة سببية مباشرة من عدمه، وذلك طبقاً للتقسيم القانوني للجروح.

وعلى الرغم من أن قرار وزير الصحة بجمهورية مصر العربية هو المستند الرسمي الوحيد في مصر الذي يعتبر بمثابة البداية لوضع قواعد تنظيمية لكتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي لم يحدد تصنيفاً معيناً للجروح، إلا أننا نرى أنه لا يجب على الطبيب محرر التقرير التعليق على جسامه الجرح ولكن كل ما عليه أن يصف الجرح وصفاً دقيقاً ويصف المضاعفات المشتبه مصاحبته للجرح ويصف الفحوصات التي أجريت للتأكد من وجود هذه المضاعفات من عدمه ويترك الحكم على جسامه الجرح وما عسى أن يؤدي إليه من مضاعفات فيما بعد للجهة الفنية التابعة لوزارة العدل أو لجهات التحقيق أو لجهات التقاضي. فالطبيب المعني بكتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي ليس حكماً وليس طرفاً في قضية، وإن أبدى رأياً فلا بد وأن يكون مدعماً بدلائل طبية ثابتة من فحوصات و أشعات وتحاليل ووصف دقيق ... إلى آخره.

وعند صياغة الرأي الطبي في التقرير الطبي الشرعي الأولي يجب على الطبيب عند تحديد المدة اللازمة للشفاء سواء بأقل أو بأكثر من عشرين يوماً معتمداً على الدلائل والثوابت الطبية في تقدير تلك المدة، على أن يذكر في تقريره - إذا كانت مدة الشفاء أقل من عشرين يوماً - بأن ذلك "ما لم تحدث مضاعفات للمصاب"، فقد تحدث أحد المضاعفات في الجرح مثل العدوى ويتغير معها الوقت اللازم للشفاء. أما إذا لم يتمكن الطبيب من تحديد مدة الشفاء فيذكر أنه لا يمكن تحديد الوقت اللازم للشفاء في الوقت الحالي على أن يتم عرض المصاب مرة أخرى بعد فترة من الوقت يحددها الطبيب لتحديد المدة اللازمة للشفاء أو أن تحدد في التقرير النهائي للمصاب عند خروجه من المستشفى.

كما يجب على الطبيب أن يذكر بالتقرير الطبي الشرعي الأولي ببند الرأي الطبي عما إذا كانت الإصابة

متوافقة مع رواية المصاب أو المرافقين.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عالية بخصوص ذكر اسم الطبيب المناظر للحالة وتخصصه ودرجته الوظيفية. وقد أشار (Bird (2004 و (Huntly & Guthrie (2004 بخصوص البيانات الخاصة بالطبيب المناظر للحالة بالتقرير الطبي الشرعي الأولي إلى أن التقرير ينبغي أن يشمل اسم الطبيب كاملاً و عنوانه و عمله الحالي و الموهل، حيث يمكن الرجوع إلى الطبيب المحرر للتقرير إذا استلزم الأمر وذلك من جانب النيابة العامة والمحققين وأحياناً المحكمة.

الخلاصة

من خلال الدراسة التي قمنا بها على عينة من التقارير الطبية الشرعية الأولية المشار إليها وما اشتملت عليه من تحليل وتقييم للنتائج فإننا نرى أن من أهم أسباب القصور التي ظهرت بتلك التقارير هو عدم وعي الأطباء المحررين لها بالغرض الذي يحرر من أجله تلك التقارير كونها دليلاً فنياً قاطعاً في القضية بل تعتبر الدليل الفني الوحيد ببعض القضايا مثل جنح الضرب والتي يعتمد عليها تماماً في تقدير العقوبة. كما أن من أهم أسباب القصور أيضاً عدم دراية هؤلاء الأطباء بما تطلبه النيابة العامة من معلومات لابد أن يتضمنها التقرير الطبي الشرعي الأولي ويشفع لهم في ذلك عدم وجود نظام بجمهورية مصر العربية يضع قواعد تنظيمية ثابتة لكتابة التقارير الطبية الشرعية الأولية ونود أن نحدد أسباب القصور كما نراها:

- 1- زيادة عدد الحالات الإصابية التي تحتاج إلى الفحص الطبي والعلاج مع قلة عدد الأطباء -
- الموجودين في أقسام الطوارئ مما يؤدي إلى التسرع في إجراء الفحص وكتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي.
- 2- عدم دراية الأطباء بالأصول القانونية والطبية الشرعية لكتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي -
- 3- عدم توافر المكان المناسب والأدوات التي تساعد الطبيب على فحص الحالات وكتابة التقرير -
- 4- عدم وجود بروتوكول محدد لفحص الحالات الطبية الشرعية -
- 5- عدم وجود نموذج متكامل يمكن استخدامه في كتابة التقرير عن طريق ملء البيانات الموجودة -
- بالنموذج.
- 6- عدم وجود متابعه دورية على التقارير التي تم إصدارها في بعض المستشفيات لمعرفة نقاط -

عدم وجود متابعه دورية على التقارير التي تم إصدارها في بعض المستشفيات لمعرفة نقاط 6- القصور في التقرير وتعريف الأطباء بها ومحاولة إصلاحها.

ومن خلال استطلاع الدراسات السابقة (WHO, 2006; Harish and Chavali, 2009; & Young and Well, 2009) ومن خلال نقاط القصور التي رأيناها بالتقارير محل الدراسة قمنا بوضع بروتوكول لفحص الحالات الطبية الشرعية يتضمن القواعد التنظيمية لكتابة التقارير الطبية الشرعية الأولية وذلك كالاتي:

- **أولاً:** لا بد أن يتم تحرير التقارير الطبية الشرعية الأولية بمعرفة الطبيب محرر التقرير بعد التحقق من صحتها ودقتها حيث أن تلك البيانات تعتبر محررة على مسؤولية الطبيب ويسأل عنها ولا بد من تسجيلها بالمستشفى بسجلات خاصة بذلك بمعرفة الإداري المختص ويجب أن يكون لكل تقرير رقم مسلسل وهذا الرقم يسجل أيضاً بسجلات المستشفى و يجب ألا تختلف البيانات بالتقرير وبالسجلات.
- في الحالات التي يصعب فيها الاستعراف أو التحقق من شخصية المصاب وفي حالات المجهولين لا يسلم التقرير إلا بعد التحقق من شخصية المصاب أو تبلغ الشرطة ويسلم لها التقرير ويقع عبء الاستعراف في هذه الحالة على مسؤولية الشرطة ويسجل ذلك بالتقرير وبمحضر الشرطة.
- **ثانياً:** لا بد أن يتم فحص المصاب بمكان مخصص أو بوحدة مخصصة لفحص الحالات الإصابية وإصدار تقارير طبية شرعية أولية بشأنها على أن يتوافر بهذا المكان أليات هذا الفحص وهي عبارة عن مازورة - كشاف ضوئي - كاميرا - عدسة مكبرة مزودة بمصدر ضوئي - مسحات وأظرف ورقية للاحتفاظ بالعينات - لاصقات يكتب عليها بيانات الأحرار.
- **ثالثاً:** على الطبيب تحرير نموذج التقرير المقترح (صفحة 31) بكل دقة وأمانة.
- **رابعاً:** بخصوص الإسعافات التي تمت للمصاب يتم ذكرها بالتقرير الطبي الشرعي الأولي بواسطة الطبيب محرر التقرير فقط أما في حالة وجود أي تدخلات علاجية أو جراحية أخرى تمت بواسطة أقسام أخرى فيتم كتابتها بمعرفة تلك الأقسام في التقرير الطبي النهائي للمصاب.
- **خامساً:** يجب فحص الجرح باستخدام عدسة مكبرة مزودة بمصدر ضوئي ويتم أخذ عينات من التلوثات المشتبهة أو الأجسام الغريبة من الجرح وحوله قبل أي تنظيف للجرح ويتم تحريزها.
- **سادساً:** يجب تحديد مواضع الجروح وعددها بالنسبة لنقاط تشريحية ثابتة وبالنسبة لبعدها عن الخط المنصف للجسم وبالنسبة لموضعها يميناً أو يساراً وبالنسبة لجهة الجرح الأنسية أو الوحشية ثم يتم التعامل مع كل جرح بعد ذلك على حدة كلاً حسب طبيعته فبالنسبة للجروح القطعية والرضوية فلا بد من الاهتمام بتسجيل أبعاد الجرح (الطول والعرض) وفي حالة الجروح الغير منتظمة نذكر الأبعاد عند أقصى نقاط (أقصى طول - أقصى عرض) ويفحص الجرح باستخدام عدسة مكبرة مزودة بمصدر ضوئي يتم فحص حواف الجرح لبيان ما إذا كانت منتظمة أو غير منتظمة وإذا كان بمنطقة بها شعر يتم فحص نهاية الشعر إذا كانت مقطوعة قطعاً منتظماً أو غير منتظم وعمماً إذا كان حول حواف الجرح تكدمات من عدمه كما يتم فحص زوايا الجرح حادة أم مستديرة أم غير منتظمة ويتم فحص قاع الجرح إذا كان مقطوعاً قطعاً منتظماً أو مهتكاً، وفي حالة عدم التأكد من أي علامة فيفضل عدم تطوعه بكتابة أي بيانات غير متأكد منها، وفي حالة الجروح الطعنية لا بد أن يصف الطبيب طول الجرح الخارجي وعرضه وشكله إن أمكن ذلك ولا بد من فحص حواف الجرح وزواياه بنفس الطريقة السابق ذكرها واضعاً في الاعتبار أن شكل الجرح الطعني الخارجي وأبعاده سيتخذ قرينة من قبل الطبيب الشرعي للاستدلال على نصل الأداة المحدثه له، وممنوع منعاً باتاً إدخال أي مسبر (probe) لاستكشاف مسار الجرح الطعني داخل الجسم واضعاً في اعتباره أن ذلك قد يؤدي إما إلى إحداث استطالة بمسار الجرح أو قد يخلق مساراً آخر ولا يتم استكشافه إلا بمعرفة متخصص بغرفة العمليات. أما بخصوص تشخيص الجرح فلا يقوم الطبيب بذكر تشخيصاً إلا إذا كان متأكداً منه وفي هذه الحالة يكتب في الوصف التفصيلي الدقيق للجرح حتى لا يتناقض الوصف مع التشخيص وتعتبر نقطة قصور كبيرة بالتقرير.
- **سابعاً:** إذا استلزم الأمر إحداث قطوع بالملايس حتى يتمكن الطبيب من فحص الإصابات فلا بد أن تتم تلك القطوع بمكان من الملايس بعيد عن مواضع أي قطوع أو تلوثات مشتبه مصاحبته للإصابة كما يجب على الطبيب أن يبحث عن إصابات أخرى قد تكون مخفية تحت الملابس.
- **ثامناً:** لا يتم تنظيف الجرح إلا بعد فحصه لبيان عما إذا كان هناك أي تلوثات مشتبهة يتم جمعها وتحريزها أولاً قبل تنظيف الجرح.
- **تاسعاً:** إذا استلزم الأمر عمل أي فحوص للمريض سواء أشعات أو تحاليل يتم تسجيلها بالتقرير الطبي الشرعي الأولي يرسل المصاب إلى القسم المعنى بالمستشفى لعمل تلك الفحوص على أن تدرج نتائجها بالتقرير الطبي الشرعي الأولي.
- **عاشراً:** إذا استلزم الأمر طلب إجراء عرض للمصاب في حالة الاشتباه بوجود إصابة مصاحبة للإصابة الأصلية بمعرفة أي قسم من أقسام المستشفى يتم تسجيله وتسجيل نتيجة العرض بالتقرير موقعة من الطبيب الذي تم عرض المصاب عليه.
- **الحادي عشر:** إذا استلزم الأمر دخول المصاب إلى قسم من أقسام المستشفى يذكر هذا التحويل بالتقرير الطبي الشرعي الأولي على أن يستكمل التقرير بمعرفة القسم المحول إليه المصاب وفي هذه الحالة يحدد الموقت اللانز للشفاء بالتقريب الطبي الشرعي الأولي بمعرفة

- **الحادي عشر:** إذا استلزم الأمر دخول المصاب إلى قسم من أقسام المستشفى يذكر هذا التحويل بالتقرير الطبي الشرعي الأولي على أن يستكمل التقرير بمعرفة القسم المحول إليه المصاب وفي هذه الحالة يحدد الوقت اللازم للشفاء بالتقرير الطبي الشرعي الأولي بمعرفة القسم المحول إليه المصاب أو بالتقرير النهائي في حالة دخول المريض المستشفى للعلاج وفي هذه الحالة يتم تسجيل المدة اللازمة للشفاء كالاتي: أكثر أو أقل من عشرين يوماً بناءً على رأى القسم الذي تم تحويل المصاب إليه ويتم توقيع الأخصائي بهذا القسم على التقرير أمام هذا البند.

- **الثاني عشر:** الرأى الطبي في التقرير ويشمل الوقت اللازم للشفاء إن أمكن تحديده وتحديد ما إذا كانت الإصابة جائزة وفقاً للسبب أو الآلة التي جاءت بأقوال المصاب أو المرافقين كما سبق وأن أشرنا.

- **الثالث عشر:** فحص الملابس في حالة وجود أية تمزقات أو تلوّثات مشتبّهة والتي إما أن تكون ناتجة عن الإصابة أو تلوّث الملابس بها من مسرح الحادث ففي هذه الحالة تترك الملابس حتى تجف ثم تحفظ في حافظات ورقية ويتم تشميعها والختم عليها وإرسالها مع التقرير الطبي الشرعي الأولي إلى النيابة العامة مع مندوب الشرطة مع وضع البيانات عليها وتشمل رقم التقرير واسم المصاب واسم الطبيب وتوقيعه ومحتوى الحرز وتاريخه.

- **الرابع عشر:** بخصوص الأحرار: في حالة التلوّثات المشتبّهة الملونة الجافة يتم أخذ عينة منها بواسطة الكشط الخفيف وتحفظ في أكياس ورقية صغيرة مجهزة لهذا الغرض. أما في حالة الاشتباه في وجود تلوّثات لعابية جافة يتم أخذ مسحة من هذه التلوّثات بغمس المسحة أولاً في محلول ملح قبل أخذ مسحة اللعاب من المنطقة المشتبّهة وتترك لتجف ثم توضع في أكياس ورقية وتحرز بنفس طريقة تحريز الملابس. وفي حالة الاشتباه بوجود سوائل منوية تؤخذ منها مسحة أما إذا كانت تلك التلوّثات المنوية جافة تعامل معاملة التلوّثات المشتبّهة الملونة الجافة ويتم التحريز بنفس طريقة تحريز الملابس.

- **الخامس عشر:** تحفظ صور كربونية (حتى تكون طبق الأصل) من كل تقرير يصدر عن المستشفى في سجلات خاصة بذلك وإدارة حفظ خاصة لها، ويكتب التقرير بدون كشط أو شطب وبلغة تفهم لغير المتخصص ويجب اجتناب الاختصارات وإذا حدث كشط أو شطب يتم التوقيع عليه بواسطة الطبيب محرر التقرير.

- **السادس عشر:** يجب على الطبيب عدم إفشاء أي سر من أسرار المصاب إلا إذا استدعى الطبيب للشهادة أمام النيابة العامة أو القضاء. وهنا يجب أن ننوه أن الحفاظ على سرية التقارير الطبية الشرعية الأولية أمر يختلف عن الحفاظ على سرية المريض أثناء علاجه. ففي الوقت الذي يعلم فيه المريض تماماً بمرضه وطبيعته ومضاعفاته فإن المصاب لا يعلم ما يحتوى عليه التقرير الطبي الشرعي الأولي من بيانات. وفي الوقت الذي لا يجب على الطبيب إفشاء سر مريضه فإن الطبيب محرر التقرير الطبي الشرعي الأولي يعلم الجهات المعنية (الشرطة أو النيابة العامة) بمحتوى التقرير. ولا يجب أن يعلم المصاب الذي صدر بشأنه هذا التقرير بمحتواه وفي حال إعلامه بهذا المحتوى يعتبر ذلك إفشاءً لدليل فني عن وقوع جريمة لازالت قيد التحقيق ويعتبر التقرير الطبي الشرعي الأولي مستنداً هاماً فيها.

- **السابع عشر:** لا يجب إصدار أي تقرير طبي أولي لمتوف، إذ لا يمكن لغير الأطباء الشرعيين التفريق بين الجروح قبل الوفاة والجروح بعد الوفاة، فقد يتم العبث بالجثة لإحداث جروح بها بغرض طمس سبب الوفاة الحقيقي أو التشويش عليه قبل إدخالها المستشفى للحصول على تقرير طبي ثابت به تلك الإصابات.

وقد توصلت الدراسة إلى وضع نموذج مقترح للتقرير الطبي الشرعي الأولي متكامل يغطي كافة النقاط السابق شرحها ويعالج نقاط القصور الموجودة حالياً بالتقارير الطبية الشرعية الأولية محل الدراسة ويستوفى طلبات النيابة العامة ويعتبر دليلاً فنياً وافياً أمام الطبيب الشرعي.

التوصيات

توصى هذه الدراسة بالتالي:

- 1- عمل ورش عمل دورية للأطباء لتدريبهم على كيفية فحص الحالات الطبية الشرعية وكتابة التقرير الطبي الشرعي بطريقة صحيحة.
- 2- الموافقة على استخدام نموذج التقرير الطبي الشرعي الأولي المقترح من البحث في تحرير الحالات الشرعية المعروضة على المستشفيات المختلفة.
- 3- إصدار كتيب إرشادي للأطباء يوزع بمعرفة مستشفى طنطا الجامعي وبواسطة وزارة الصحة يحتوى على البروتوكول التنظيمي المقترح بخصوص فحص الحالات الطبية الشرعية وكيفية كتابة التقارير الطبية الشرعية الأولية.
- 4- توفير الأدوات التالية بكل مستشفى لاستخدامها في فحص الحالات الطبية الشرعية وكتابة التقرير الطبي الشرعي الأولي (حجرة فحص ذات إضاءة جيدة - كشاف ضوئي - مازورة - مسحات قطنية - علب للاحتفاظ بالعينات - أطرف ورقية للاحتفاظ بملابس (المريض أو العينات - شمع أحمر - كاميرا رقمية - عدسة مكبرة مزودة بمصدر ضوئي).
- 5- يجب إنشاء إدارة حفظ ومراجعة للتقارير الطبية الشرعية الأولية يتم فيها مراجعة دورية لكافة التقارير خاصة قبل إصدارها للجهات المسئولة.
- 6- الحفاظ على التقارير وذلك بعمل نسخ ورقية وإلكترونية منها والحفاظ عليها بأماكن آمنة - غير قابلة للحرق أو التلف.
- 7- توسيع نطاق هذا البحث على عدد أكبر من التقارير الطبية الشرعية الأولية الصادرة من

غير قابلة للحرق أو التلف.
7- توسيع نطاق هذا البحث على عدد أكبر من التقارير الطبية الشرعية الأولية الصادرة من مختلف مستشفيات مصر.

النموذج المقترح للتقرير الطبي الشرعي الأولي

تقرير طبي شرعي أولي رقم

بيانات المصاب



بصمة الإبهام الأيمن
للمصاب

الاسم (ثلاثي على الأقل):

رقم البطاقة النوع السن (تاريخ الميلاد):

العنوان (كاملاً)

بيانات المرافق (في حالة عدم استطاعة المريض الإبلاغ عن البيانات)

رقم البطاقة الاسم العنوان

الجهة المرسل منها المصاب

قسم شرطة وحدة صحية مستشفى

التاريخ والساعة (بالحروف)

سبب الإصابة حسب أقوال المصاب أو المرافقين

درجة الوعي (بمقياس جلاسجو)

العلامات الحيوية

درجة الحرارة معدل التنفس النبض الضغط

وصف الإصابات

أبعادها عددها نوع الإصابة

مواصفات الإصابة

موقعها

طبيعتها نوع ذلك الجرح هل يوجد تلوينات مشتبهة حول الجرح

تم أخذ مسحة منها وتحريزها

الأجسام غريبة بقاع الجرح

لا يوجد نوع الجسم الغريب رقم الحرز يوجد وتم تحريزها

الإصابات الأصلية المشتبه في مصابيتها إصابات أخرى وطبيعة الإصابات المشتبه في مصابيتها

التحاليل التي تم إجراؤها

الإسعافات التي تمت للمصاب

التاريخ والساعة (بالحروف)

العروضات

التحويل لقسم آخر (إذا لزم الأمر)

الوقت اللازم للشفاء: □ أقل من 20 يوماً □ أكثر من عشرين يوماً

إمكانية حدوث الإصابة حسب رواية المصاب أو مرافقيه: □ نعم □ لا

الطبيب محرر التقرير

التخصص

الاسم

التوقيع

توقيع مدير المستشفى

خاتم المستشفى

المراجع

أولاً: المراجع المترجمة من اللغة الإنجليزية

Amundsen DW and Ferngren GB (1978): The forensic role of physicians in Ptolemaic and Roman Egypt. *Bull Hist Med.*, 52: 336–353

Bird S (2004): How to write a medicolegal report. *Australian Family Physician Journal*, 33:66-67.

Gorea RK (2005): Legal Aspects of General Practice. *JIAFM*, 27 (2): 971-973.

Harish D and Chavali KH (2009): The medicolegal case: From doctors side. 4th ed. Academic publisher, India, pp. 1-12.

Huntly C and Guthrie R (2004): Medical Practitioners and the Litigation Process Part Two: Writing Medical Reports. *New Doctor Journal*, 81:28-29.

Knight, B. (1991): "Gunsho and explosion deaths". In: Forensic Pathology. Edward Arnold ed.: A division of Hodder and Stoughton London, Melbourne, Auckland, pp: 222- 271.

New Trauma Protocol Manual (2011): Staff of Surgery, Trauma and Critical Care .University of Kentucky hospital ,pp. 8-9

Pozgar GD and Santucci NM (2011): Legal aspects of health care administration. 11th ed. Jones&Bartlett learning, USA, pp. 297-298.

Reddy KS (2001): The essentials of Forensic medicine and Toxicology. 20th ed. K. Suguna Devi, pp. 7-8.

Saunders BM and Robert GT (1994): "Basis and clinical biostatics". 2nd edition, Lang medical book; PP.220.

Sheperd R, (2003): "The examination of wounds". In Simpson's Forensic Medicine. Arnold 12th edition, London. pp. 59-69.

Stark MM (2011): Clinical Forensic Medicine: A physician's guide. 3rd ed. Springer science and Business Media, New York .p. 65

World Health Organization (2006): Medical Record Manual A Guide for Developing Countries. World Health Organization, pp. 1-72.

Young S and Well D (2009): The Medico-Legal Report in Emergency Medicine. *Emergency Medicine*, pp. 7-233.

ثانياً: المراجع باللغة العربية

جمال الدين جمعة (1998): الجديد في أوجه الطعن على التقارير الطبية. دار الفجر للنشر والتوزيع. الصفحات 154-158 و 211-224.

رمزي أحمد (1992): تاريخ الطب الشرعي: الطب الشرعي بين الإدعاء والدفاع. لجنة الإشراف: صلاح الدين مصطفى وسليمان الجندي. نقابة المحامين- لجنة المكتبة والفكر القانوني. الصفحات 20 - 22.

قرار وزير الصحة رقم 187 لسنة 2001م.

مادة 453 من تعليمات النيابة العامة.

هدى دياب (1993): الجروح: الطب الشرعي والسموميات. الإشراف: إبراهيم وجيه. منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط. الصفحات 36-41.