



**TÜRK CEZA KANUNU'NDA TANIMLANAN YARALAMA
SUÇLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
REHBERİ**

**ADLİ TIP UZMANLARI DERNEĞİ
ADLİ TIP KURUMU BAŞKANLIĞI
ADLİ TIP DERNEĞİ**

Haziran-2019

Güncelleme Editörleri:

Prof. Dr. Yasemin Balcı (Adli Tıp Uzmanları Derneği)

Prof. Dr. Başar Çolak (Adli Tıp Uzmanları Derneği)

Dr. Öğr. Üyesi Kağan Gürpınar (Adli Tıp Kurumu)

Uz. Dr. Nurettin Nezih Anolay (Adli Tıp Derneği)

İkinci Güncelleme Önsözü

Türk Ceza Kanunu'nun 2005 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte, ortaya çıkan yeni kavramlar ve yaklaşımlar doğrultusunda, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği'nce, Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ile ilgili rehber niteliğinde bir doküman oluşturulmuştur. Uygulama sürecinde ortaya çıkan tartışmalı hususlar ve kılavuzda gözlenen eksikleri gidermek üzere, aynı kurumsal katılımı 2013 yılında bir güncelleme yapılmıştır. Yine uygulama sürecinde, 2013 yılında güncellenen kılavuzda yeniden bir güncelleme gereksinimi ortaya çıkmıştır. 2016 yılından beri ikinci güncelleme çalışmaları devam etmekte idi.

Rehberin ikinci güncellemesi ile ilgili hazırlık çalışmalarını, 2016 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalından Prof. Dr. Ahmet Hilal üstlenmiştir. O tarihlerde alınan geri bildirimler, öneri ve eleştiriler değerlendirilmiş 16. Adli Bilimler Kongresinde yapılan Çalıştayda tartışılmıştır. Ancak, bazı tartışmalı hususlar nedeniyle güncelleme işlemi yapılamamıştır.

2017 yılında Adli Tıp Uzmanları Derneğince, konu ile ilgili Adli Tıp Kurumu ve Adli Tıp Derneğinden temsilcilerin de katıldığı bir çalışma grubu oluşturulmuştur. Katılımın gönüllülük esasına göre olduğu çalışma grubu aşağıdaki kişilerden oluşmuştur.

Dr. Ahsen Kaya, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Akça Toprak Ergöner, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Ayşe Uğurlu, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp Polikliniği
Dr. Başar Çolak, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Ekin Özgür Aktaş, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Elif Demet Karanfil, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Erhan Büken, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Gülsüm Kadı, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Gülşin Canoğulları Kul, Mersin Şehir Hastanesi Adli Tıp Polikliniği
Dr. Kağan Gürpınar, Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu
Dr. Musa Dirlik, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Nurettin Nezh Anolay, Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu
Dr. Uğur Kayhan, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Uğur Koçak, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dr. Yasemin Balcı, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD

Çalışma grubunun başkanlığını Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalından Prof. Dr. Yasemin Balcı yürütmüştür.

Çalışma grubu olarak öncelikle önceki tartışmalar ve gelen öneriler ile birlikte tüm adli tıp uzmanlarından geri bildirimlerin alınması planlanmıştır. Geri bildirimlerin alınması için atud@yahoo.com adresli grup posta paylaşım ortamından yararlanılmıştır. Ayrıca Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nca Kurum Başkanlığındaki ilgili birimler ve tüm Şube Müdürlüklerinden görüş ve öneriler alınmıştır. Gelen tüm görüş ve öneriler, Çalışma Grubunca whatsapp ve e-mail grup ortamında yapılan tartışmalara ek olarak kongre ortamlarında yüz yüze paylaşımlarda bulunulmuştur. Bunun dışında düzenlemeler için Adli Tıp Uzmanları Derneğinin ev sahipliğinde daha dar kapsamlı toplantılar yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar ve tartışmalı konular, 2018 yılında gerçekleştirilen 15. Adli Bilimler Kongresi ve 16. Ulusal Adli

Tıp Günleri ile 2019 yılında gerçekleştirilen 16. Adli Bilimler Kongrelerinde paylaşılarak güncelleme çalışması tamamlanmıştır.

Bu süreçte, görüş ve önerileri ile katkıda bulunan;
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2. İhtisas Kurulu
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 3. İhtisas Kurulu
Çanakkale Adli Tıp Şube Müdürlüğü
Çankırı Adli Tıp Şube Müdürlüğü
Kahramanmaraş Adli Tıp Şube Müdürlüğü
Kırklareli Adli Tıp Şube Müdürlüğü
Mardin Adli Tıp Şube Müdürlüğü
Ordu Adli Tıp Şube Müdürlüğü
Sivas Adli Tıp Şube Müdürlüğü
Tekirdağ Adli Tıp Şube Müdürlüğü ve
Zonguldak Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nde görev yapan meslektaşlarımız ile
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD ve
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD'nda göre yapan
meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

Tartışmalı konularda katkılarını aldığımız özellikle MSKÜ Tıp Fakültesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi başta olmak üzere Üniversitelerde ve Adli Tıp Kurumu bünyesinde görev yapan, Göğüs Cerrahisi, Beyin Cerrahisi, Kulak-Burun Boğaz Hastalıkları, Acil Tıp, Anatomi, Ortopedi ve Travmatoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanlarındaki meslektaşlarımız ile uzmanlık alanları sehven bu rehberde belirtilmemiş olan meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

Bu güncelleme çalışmasında gözden kaçan, eksik kalan ya da hem fikir olunamayan hususlara daha sonraki güncelleme çalışmalarında yer verileceğini belirtir, emeği geçen herkese teşekkür eder ve rehberin yaralanma olguları için adil raporlar düzenlenmesine katkı sağlamasını dileriz.

Prof. Dr. Akça Toprak Ergöner
Adli Tıp Uzmanları Derneği Başkanı

Doç. Dr. Yalçın Büyük
Adli Tıp Kurumu Başkanı

Uz. Dr. Nurettin Nezh Anolay
Adli Tıp Derneği Başkanı

İçindekiler
Türk Ceza Kanunu'nun Adli Travmatoloji ile İlgili Maddeleri
Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi
Basit Tıbbi Bir Müdahale ile Giderilebilecek Ölçüde Hafif Yaralanmalar
Başkasının Vücuduna Acı Veren/Sağlığının ya da Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Yaralanmalar
Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Neden Olma
Duyularından veya Organlarından Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflaması/Yitirilmesi
Yüzde Sabit İze –Yüzün Sürekli Değişikliğine Neden Olma
Konuşmada Sürekli Zorluk/Konuşma Yeteneğinin Kaybı
Gebe Bir Kadında, Çocuğunun Vaktinden Önce Doğmasına/Çocuğun Düşmesine Neden Olma
Kişinin İyileşme Olanağı Bulunmayan Bir Hastalığa/Bitkisel Hayata Girmesine Neden Olma
Çocuk Yapma Yeteneğinin Kaybolması
Kemik Kırığı veya Çıkığının Hayat Fonksiyonlarına Etkisi
Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Neden Olan Yaralanmalar (Tablo 1)
Yaşamı Tehlikeye Sokan Damar Yaralanmaları
Deri-Deri Altı-Kas Dokusunu İlgilendiren Travmatik Değişimler (Tablo 2)
Kafa Bölgesi Yaralanmaları (Tablo 3)
Yüz Bölgesi Yaralanmaları (Tablo 4)
Boyun Bölgesi Yaralanmaları (Tablo 5)
Göğüs Bölgesi Yaralanmaları (Tablo 6)
Karın ve Pelvis Bölgesi Yaralanmaları (Tablo 7)
Vertebral Kolon-Medulla Spinalis-Periferik Sinir Yaralanmaları (Tablo 8)
Üst Ekstremitte Yaralanmaları (Tablo 9)
Alt Ekstremitte Yaralanmaları (Tablo 10)
Kemik Kırıkları ve Çıkıklarının Değerlendirilmesi
Kemik Kırığı ve Çıkığının Hayat Fonksiyonlarını Etkileme Derecesi (Tablo 11)
Zehirlenmelerin Değerlendirilmesi
Yaşamsal Tehlike Açısından Özel Gruplar
Tıbbi tedavide kullanılan ilaçların doz aşımı durumları
CO zehirlenmeleri
Mantar zehirlenmeleri
Etil alkol zehirlenmeleri
Metil alkol zehirlenmeleri
Tarım ilaçları ile zehirlenmeler
Asfiksiden kurtulan olgular
Alt solunum yollarını ilgilendiren durumlar
Duyulardan veya Organlardan Birinin İşlevinde Sürekli Zayıflama ya da Yitirme
Duyulardan veya Organlardan Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflaması ya da Yitirilmesi Açısından Sık Karşılaşılan Belli Başlı Durumlar (Tablo 12)
Travma Sonrası Gelişen Ruhsal Bozuklukların Değerlendirilmesi

TÜRK CEZA KANUNU'NUN ADLİ TRAVMATOLOJİ İLE İLGİLİ MADDELERİ

Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar

Kasten yaralama

MADDE 86. - (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

(3) Kasten yaralama suçunun;

a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,

b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,

d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

e) Silahla,

İşlenmesi halinde şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Açıklama: 86. maddenin 1. fıkrasında kasten yaralama suçunun temel şekli tanımlanmış olup, kişinin vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan her davranış, yaralama olarak kabul edilmiştir. 2. fıkrası kapsamındaki, yaralamanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olması halinde verilecek ceza daha az olup bu ölçüdeki yaralanmalarda soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır. 86. maddenin 3. fıkrasında ise mağdurda oluşan sağlık zararının dışında, suçu ağırlaştırıcı şartlar yer almaktadır. Yaralama suçunun silahla işlenmesi de 3. fıkranın (e) bendinde yer alan nitelikli hallerden biridir. Dolayısıyla, yaralanmanın ne tür bir aletle meydana getirilmiş olduğu, adli tıbbi olarak aydınlatılması gereken bir problem olacaktır. Yaralar ya da travmatik değişimler değerlendirilirken bu husus gözden kaçırılmamalıdır.

Silâh deyiminden; Ateşli silâhlar, patlayıcı maddeler, saldırı ve savunmada kullanılmak üzere yapılmış her türlü kesici, delici veya bereleyici alet, saldırı ve savunma amacıyla yapılmış olmasa bile fiilen saldırı ve savunmada kullanılmaya elverişli diğer nesnelere, yakıcı, aşındırıcı, yaralayıcı, boğucu, zehirleyici, sürekli hastalığa yol açıcı nükleer, radyoaktif, kimyasal, biyolojik maddeler kastedilmektedir (**TCK Madde 6**).

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama

MADDE 87. (1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Konuşmasında sürekli zorluğa,

c) Yüzünde sabit ize,

d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

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

(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,
Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

(3) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar arttırılır.

(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan on iki yıla kadar, üçüncü fıkrasına giren hallerde ise on iki yıldan on altı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

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

Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi

MADDE 88. - (1) Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir. Bu hükmün uygulanmasında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar göz önünde bulundurulur.

Açıklama: 88. madde “yaralanmanın ihmali davranışla işlenmesi halinde 86. ve 87. maddelere göre verilecek cezada 2/3’e kadar indirim ön görmektedir. Burada “kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar geçerli olacaktır. Kişinin yükümlü olduğu icrai davranışı yapmaması, “ihmali davranış” olarak değerlendirilecek olup, hâkim tarafından belirlenecek hususlardır.

Taksirle yaralama

MADDE 89. - (1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Vücudunda kemik kırılmasına,

c) Konuşmasında sürekli zorluğa,

d) Yüzünde sabit ize,

e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.

(3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(4) Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(5) Taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır. Ancak, birinci fıkra kapsamına giren yaralama hariç, suçun bilinçli taksirle işlenmesi halinde şikâyet aranmaz.

Açıklama: 89. madde, kasten yaralama ile ilgili maddelerde belirlenen sağlık zararının, taksirle yaralama sonucu oluşması halinde verilecek cezaları kapsamakta olup “bilinçli taksir” durumu hariç, takibat şikâyete bağlı olacaktır.

İşkence

MADDE 94. - (1) Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Suçun;

a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,

b) Avukata veya diğer kamu görevlisine karşı görevi dolayısıyla,

İşlenmesi halinde, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Fiilin cinsel yönden taciz şeklinde gerçekleşmesi halinde, on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) Bu suçun işlenişine iştirak eden diğer kişiler de kamu görevlisi gibi cezalandırılır.

(5) Bu suçun ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek cezada bu nedenle indirim yapılmaz.

(6) Bu suçtan dolayı zamanaşımı işlemez.

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence

MADDE 95. - (1) İşkence fiilleri, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Konuşmasında sürekli zorluğa,

c) Yüzünde sabit ize,

d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, yarı oranında artırılır.

(2) İşkence fiilleri, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(3) İşkence fiillerinin vücutta kemik kırılmasına neden olması halinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) İşkence sonucunda ölüm meydana gelmişse, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

Eziyet

MADDE 96. - (1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin;

- a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,
b) Üstsoy veya altsoy, babalık veya analığa ya da eşe karşı,
İşlenmesi hâlinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Açıklama: 94, 95 ve 96. maddeler ise, kasten yaralama ile ilgili maddelerde belirlenen sağlık zararının, işkence sonucu oluşması halinde verilecek cezalar ve daha ağır cezayı gerektiren halleri kapsamaktadır.

Görüldüğü gibi, yaralama eylemleri TCK'nın 86., 87. ve 88. maddelerinde yer almış olup, kişilerde oluşan sağlıkla ilgili zararın ağırlık durumuna göre verilecek cezalar, hafiften ağıra doğru 86. maddenin 2. fıkrası, 86. maddenin 1. fıkrası, 87. maddenin 1., 2., 3., 4. fıkralarında düzenlenmiştir.

Bunlardan 86. maddenin 2. fıkrasında yer alan yaralanmanın “basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması” kavramı öngörülen ceza itibarıyla, en hafif yaralanma grubunu kapsamaktadır.

87. maddenin 3. fıkrasında yer alan “kemik kırılması veya çıkık halinde; “kırık ve çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine” göre ceza öngörülmesi nedeniyle ilerleyen sayfalarda kemik kırıklarının ağırlıkları ve hayat fonksiyonlarına etkisinin nasıl hesaplanacağı kayıtlıdır.

TÜRK CEZA KANUNU'NDA TANIMLANAN YARALAMA SUÇLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma: TCK'nın 86. maddesinin 2. fıkrasında yer verilen bu terim ceza itibarı ile en hafif yaralanma grubunu ifade etmek için kullanılmıştır. Yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde HAFİF OLDUĞU/OLMADIĞI durumu, hekimler tarafından farklı algılanabilecek, kişisel değerlendirme farklılıkları yaratabilecek bir durum gibi gözükmemektedir. Adli yönden, hangi travmatik değişimlerin kişi üzerindeki etkisinin, basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde HAFİF OLDUĞU/OLMADIĞI konusunda tüm hekimler tarafından kullanılabilir bir listeye ihtiyaç vardır. Ekli liste oluşturulurken, basit tıbbi müdahalelerin ne olduğu, nelerin basit tıbbi müdahale ile giderilebileceğinden öte, hangi travmatik değişimlerin kişi üzerindeki etkisinin hafif yaralanmalar içinde yer alması gerektiği gözetilmiştir.

Kişilerde kemik kırığı veya çıkığı, kas tendon hasarı, büyük damar ve sinir hasarı, iç organ yaralanması bulunuyorsa, yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde HAFİF OLMADIĞINA karar verilir. Diğer yumuşak doku lezyonları için listeden yararlanılabilir.

Travma sonrası gelişen ruhsal bozukluklarla ilgili yaralanmanın/travmanın kişi üzerindeki etkisine karar verilirken travmanın şiddeti, ruhsal etkilenimin süresi, hastanın klinik durumu ve işlevselliği ve nedenselliği gibi faktörler değerlendirilerek karar verilir. Ruhsal etkilenimlerle ilgili olarak basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde HAFİF OLDUĞU/OLMADIĞI konusunda karar verilir.

Vücutta travmatik bulgu tanımlanmadığı, ancak ağrı ve hassasiyetin tanımlandığı ya da ifade edildiği, trafik kazaları başta olmak üzere bazı künt travmalarda, aşağıdaki paragraftaki gibi ifadelerle rapor düzenlenebilir.

*“Kişi adına düzenlenmiş olay tarihli tıbbi belgelerde, kişinin bölgesinde ağrı ve/veya hassasiyet şikâyeti bulunduğu belirtilmiş olup harici muayenede herhangi bir travmatik bulgu tanımlanmadığı, yumuşak dokuyu ilgilendiren künt travmatik yaralanmalarda özellikle travma sonrası erken dönemde hassasiyet ve/veya eşlik eden ağrı şikayetleri dışında harici muayene bulgusu olarak herhangi bir cilt lezyonu bulunmayabileceği tıbben bilindiğinden, Savcılık/Mahkemece kişinin vücut dokunulmazlığının ihlali niteliğinde bir travmatik eyleme maruz kaldığının kabulü halinde kişinin bölgesinde hassasiyet şikayetine neden olan yumuşak doku yaralanmasının, kişi üzerindeki etkisinin **BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif OLDUĞU**”*

Bazı durumlarda, hiç bir travmatik bulgu tanımlanmadan, “yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin **BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif OLDUĞU**” şeklinde rapor düzenlenebilmektedir. Hiç bir travmatik bulgu tanımlanmayan durumların, vücut dokunulmazlığının ihlali niteliğinde tıbben yaralanma olarak değerlendirilebilecek travmatik bulgu tanımlanmadığı şeklinde belirtilmesi uygun olacaktır.

Başkasının vücuduna acı veren/sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanma: TCK'nın 86. maddesinin 1. fıkrasında yer almakta olup ön görülen ceza itibarı ile orta derece yaralanma grubunu tanımlamaktadır. “Kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma” tanımı, travmanın ruhsal etkilerini de kapsamaktadır. Kişilerin uğradığı travma sonrası oluşan ruh sağlığı ile ilgili zarar da TCK kapsamında tanımlanmıştır. Bu nedenle kişilerdeki yaralanmanın fiziksel etkileri yanı sıra ruhsal etkileri de araştırılmalıdır. Kanun maddesi tüm yaralanmaları kapsayacak şekilde yazılmış olup, uygulamada TCK 86. maddesinin 2. fıkrası da dikkate alınarak Basit Bir Tıbbi Müdahale İle Giderilebilecek Ölçüde Hafif Olmadığı şeklinde değerlendirilmektedir. Travma sonrası oluşan ruhsal zararın belirlenmesine yönelik kriterler ekli listede yer almaktadır.

Beden ve ruh bakımından kimlerin kendisini savunacağı/savunamayacağı hususu: Kasten yaralama suçunun beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak kişiye karşı işlenmesi, TCK'nın 86. Maddesinin 3. fıkrasında yer alan bir kavram olup suçu şikâyete bağlı olmaktan çıkararak, 86. Maddenin 1. ve 2. fıkralarına göre verilecek cezanın yarı oranında arttırılmasına neden olan durumlar içinde sayılmaktadır.

İskelet sistemi sabitleştirici enstrüman kullananlar, travma sonrası nörolojik defisit ya da anatomik eksikliği olanlar, polio sekeli olanlar, iki gözü görmeyenlerin, beden bakımından kendini savunamayacağına karar verilebilir. Sık karşılaşılmayan, beklenmeyen bazı durumlar da kişinin kendini savunmasını engelleyebilir. Böyle durumlarda olaya özgü değerlendirme ve yorum gerekir.

Ruh bakımından kendini savunamayacak olanlar için psikiyatri/çocuk psikiyatrisi ile değerlendirme yapılmalıdır.

12 yaşını doldurmamış çocuklara kendisinden küçük olmayan ya da akranı olmayan kişilerin şiddet uygulaması durumunda, küçüğün beden bakımından kendini savunamayacağına karar verilebilir.

Yaşlılarda kocama halinin olması durumunda beden bakımından kendini savunamayacağına karar verilebilir. Ancak, olaya özgü olarak her bir yaşlının muayene ile değerlendirilmesi gerekir.

Kişilerin beden ve ruh bakımından kendisini savunup savunamayacağı değerlendirilirken mağdur ve şüpheli arasındaki fiziksel, bilişsel ya da ruhsal farklılıklar dikkate alınmalı, tehdit ve güç farkı kullanılarak herkesin vücut direncinin kırılabileceği de konuyla ilgili raporlara gerektiğinde ilave edilmelidir. Madde etkisi altında bulunmak da kişilerin beden ve ruh bakımından kendisini savunmasına engel teşkil edebilir.

Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma neden olan yaralanma: TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında yer alan bu tanım, bir yaralanma sonrası, kişinin yaşamının mutlak suretle tehlikeye maruz kalması, ancak gerek kendi vücut direnci gerekse tıbbi yardımla kurtulması durumunda kullanılır. Yani olay sırasında yaşamsal tehlikenin oluşmuş olması önemlidir. Ölüm olması gerekmez. Kişinin sonradan tedaviyle veya tedavisiz iyileşmesi de bu durumu değiştirmez. 'Ne olur ne olmaz' diyerek karar vermek yerine, her türlü tanı yöntemi kullanılarak başlangıçta doğru karar vermek önemlidir. Karar verirken yaralanmaya neden olan olayın büyüklüğü, şiddeti veya tehlikeliliği değil, tıbbi bulguların (kişi üzerindeki oluşturduğu etkinin) dikkate alınması gerekmektedir. Yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olan yaralanmalar Tablo 1'de, yaşamı tehlikeye sokan damar yaralanmaları Tablo 2'de yer almaktadır.

Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması/yitirilmesi: İşlev zayıflaması TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında yer almaktadır. Yaralanmadan sonra bu durumun varlığının kabul edilebilmesi için, duyu veya organlardan birinin işlevindeki zayıflamanın sürekli olması gerekmektedir. İşlev yitimi TCK'nın 87. maddesinin 2. fıkrasında yer almaktadır.

Kişideki görme, işitme, koklama, tatma ve dokunma duyuları ile organlar ve ekstremitelerde (el, ön kol, kol, omuz, ayak, bacak, kalça) oluşan anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk, her bir duyu, organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapı veya fonksiyonuna göre değerlendirilmelidir. Protez takılması durumunda ise kişinin işlevinden daha ziyade anatomik kayıp değerlendirilmelidir.

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

Tablo 12'de belirtilen hususlar hariç genel olarak organdaki veya ekstremitedeki anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk; o organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapısı ve/veya fonksiyonuna göre % 10-50 arasında ise "işlevin sürekli zayıflaması", % 50'nin üzerinde ise "işlevin yitirilmesi" olarak değerlendirilmelidir.

Kemik kırıklarının iyileşme sürecinin tamamlanmasından sonra bazı kişilerde ekstremitede fonksiyonel bir kayıp söz konusu olmazken bazı kişilerde fonksiyonel kayıp oluşabileceği akılda tutulmalı, kemik kırıklarında işlev zayıflığı ya da işlev kaybı açısından iyileşme sürecinin tamamlanmasını takiben değerlendirme yapılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Yüzünde sabit ize-yüzünün sürekli değişikliğine neden olma: Yüzde sabit iz TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında, yüzde sürekli değişiklik ise TCK'nın 87. maddesinin 2. fıkrasında yer alan kavramlardır. Oluşan yara az ya da çok iz bırakır, ancak her iz yüzde sabit iz niteliğinde değerlendirilmez. Yaralanma esnasında, yüz sınırları içerisinde oluşan yaranın iyileştikten sonra bıraktığı iz, gün ışığında veya iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlar arası sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda ise "yüzde sabit iz"den bahsedilir. İzin, sabit iz olup olmadığının değerlendirilmesi açısından

iyileşme sürecinin tamamlanmış olması gerekir. Bu nedenle, adli tıp uygulamalarında, bu konudaki değerlendirme yaralanmadan en az altı ay sonra yapılmaktadır. Hekim gerek görürse bu süre uzayabilir.

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

Yüz sınırları: Kişiyi ön ve yanlardan bakıldığında üstte saçlı deri sınırı (kalıcı olarak saçı dökülmüş veya ileri derecede azalmış kişilerde her iki kulağı üstten birleştiren hayali çizginin önünde kalan bölge dahil), yanlarda kulak önyüzleri dâhil olmak üzere kulak heliksinden inen hayali düz çizgilerin her iki klavikula ile kesiştiği noktalar ile altta fossa jugularisten başlayıp yanlara doğru klavikularını takip eden çizgiler arasında kalan bölge anlaşılmalıdır. Ancak frontal ve parietal bölgedeki geniş saç kayıpları da yüzde sabit iz açısından değerlendirilmelidir. Yüz sınırları içindeki yaraların, sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir olup olmadığı açısından hem cepheden hem de yandan değerlendirilmesi gerekir.

Göz, göz kapağı ve kulak kepçesindeki yaralanmalar ile yüzde görünüm değişikliğine neden olan sinir yaralanmaları ve göz protezlerinde de yüzde sabit iz değerlendirmesi yapılmalıdır. Yüz bölgesinde meydana gelen kapalı kırıklarda, travma nedeniyle zorunlu olarak yapılan cerrahi müdahale sonrası kalan ameliyat skarları da, oluşan ameliyat skarının yaralanma ile neden sonuç ilişkisi olduğundan "yüzde sabit iz" çerçevesinde değerlendirilmelidir. Trakeostomi gibi travma nedeniyle zorunlu olarak yapılan cerrahi işlemlere bağlı izler de "yüzde sabit iz" çerçevesinde değerlendirilir.

Periferik fasial sinir paralizisi oluşan olgularda, iyileşme sürecinin tamamlanmasından sonra yüzde asimetric bir durum ortaya çıkmışsa, yaralanmanın yüzde sabit ize neden olduğuna karar verilir. Bunun dışında, maksillofasial travmalar sonucu, yüzde asimetric deformiteler, gözlerde asimetri ve şaşılık ile enoftalmus ve belirgin anizokori (>3mm) oluşan durumlarda, yaralanmanın yüzde sabit ize neden olduğuna karar verilir.

Diş kayıpları ve Yüzde Sabit İz: Alt ve üst çenede yer alan ön kesici, canin ve premolar dişlerdeki kayıplar, implant ve protezle tedavisinin yapılamadığı durumlarda yüzde sabit iz olarak değerlendirmeye alınır. Değerlendirmede kişide önceden var olan diş kırık ve kayıpları, ağız açıklığı, diş ve dudak yapısı gibi kriterler de dikkate alınmalıdır. İmplant ve diş protezleri ise kullanılan materyalin niteliği ve işçiliğe göre kişinin kendi dişi ile ayrılamayacak ölçüde benzerlik gösterebileceklerinden yüzde sabit iz olarak değerlendirilmezler.

Konuşmada sürekli zorluk/konuşma yeteneğinin kaybı: Konuşmada sürekli zorluk, TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında, konuşma yeteneğinin kaybı da 2. fıkrasında yer almaktadır. Konuşma fonksiyonunu etkileyen kafa içi değişimler ile dil ve ses telleri gibi konuşmaya yardımcı yapılarda yaralanma olması durumunda değerlendirilir. Travma sonrası oluşan "kekemelik" durumu ya da konuşmaya yardımcı yapıların yaralanmasına bağlı bazı harflerin söylenişinde güçlük ya da farklılık oluşması gibi durumlarda etkilenimin ağırlık derecesine göre konuşmada sürekli zorluktan bahsedilebilir. Ayrıca organik temelli olmayan ve uzun süredir varlığını koruyan (ruhsal kökenli) konuşma bozuklukları süreç içerisinde kısmen ya da tamamen iyileşebilecekleri gibi kalıcı nitelikte de olabileceklerinden tekrar değerlendirilebileceği belirtilerek muayene tarihi itibarı ile "hali hazırda sürekli zorluk" kapsamında takdir edilebilir. Bu tür olgular, tedavi süreci tamamlanmış olmak şartıyla olay

tarihinden en az 18 ay sonra ilgili klinisyenlerle birlikte değerlendirilmeli ve raporlama aşamasında söz konusu hususlar açıkça belirtilmelidir.

Gebe bir kadında, çocuğunun vaktinden önce doğmasına/çocuğun düşmesine neden olma: Çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olma, TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında, çocuğun düşmesine neden olma ise aynı maddenin 2. fıkrasında yer almaktadır. Burada, "erken doğum ya da düşük durumunun travma ile ilişkisinin kurulması" değerlendirilmesi gereken ana unsurdur.

Kişinin iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa/bitkisel hayata girmesine neden olma: TCK'nın 87. maddenin 2. fıkrasında yer alan ve cezayı arttıran hallerden biridir. Travma sonrası gelişen ve iyileşmesi olanağı bulunmayan akli arızaları da içermektedir. Kafa travması sonrası hemipleji, parapleji ve ilaçla kontrol altına alınamayan epilepsi, bitkisel yaşam, iyileşme beklenmeyen yatalak kalma gibi durumlar "iyileşme olanağı bulunmayan" hastalık grubunda değerlendirilebilir.

Çocuk yapma yeteneğinin kaybolması: Uterus, ovaryumlar ve testisler gibi üremeye yardımcı organları içine alan yaralanma durumlarında değerlendirilir. Yaralanma öncesi doğal yolla çocuk yapma yeteneğine sahip iken, yaralanma sonrası bu durumun ortadan kalktığı travmaya sekonder sterilite durumlarında kişilerin çocuk yapma yeteneğinin kaybolduğu belirtilir. Yardımcı üreme teknikleri uygulanmasına rağmen çocuk sahibi olamayan travmaya sekonder infertil kişiler de muayene tarihi itibarı ile bu kapsamda değerlendirilebilir.

Yaralamanın vücutta kemik kırığına veya çıkığına neden olması: TCK'nın 87. maddesinin 3. fıkrasında yer alan bir kavramdır. Kırığın kişinin hayat fonksiyonlarına etkisine göre ceza öngörülmektedir. Travma sonrası kişide herhangi bir kırık ya da çıkık oluşmuşsa yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif OLMADIĞI belirtilmelidir. Kemiklerin ağırlık derecelerine ilgili bölümde yer verilmiştir.

Tablo 1: Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir duruma Neden Olan Yaralanmalar

Kafatası kırıkları (Lefort 3 ve orbita tavan kırığı gibi kafatasını oluşturan kemikleri de içerir)
Atlanto-aksiyal luksasyon
İlk beş servikal vertebra korpus kırığı
Kafa içi kanama, kontüzyon, laserasyon (Bkz.: Açıklama 1)
Glasgow Koma Skoru'nun 8 ve altında olduğu, bilinç kapanmasına yol açan beyin ödemi
İç organ yaralanmaları (Bkz.: Açıklama 2)
Büyük damar yaralanmaları
Büyük damar veya iç organ yaralanması olmasa bile % 20'den fazla kan kaybına işaret eden klinik tabloya yol açan yaygın ekimoz, hematoma ve laserasyonlar (Bkz.: Açıklama 3)
Medulla spinalis yaralanması ve epidural hematoma
İç organ lezyonu olmasa dahi göğüs ve batin boşluğuna penetre yaralanmalar
2. derece yanıklar (% 20'den fazla)
3. derece yanıklar (% 10'dan fazla) (Bkz.: Açıklama 4)
Kuduz hayvan ısırığı (Bkz.: Açıklama 5)
Elektrik çarpması (giriş ve/veya çıkış lezyonu bulunması veya vücuttan elektrik akımının geçtiğini gösteren klinik bulguların varlığı halinde)
Ağır klinik tabloya yol açan zehirlenmeler (Bkz.: İlgili Bölüm)
Asfiktik bir durumdan kurtulanlar (Bkz.: İlgili Bölüm)
Travma sonrası gelişen, klinik bulgu ve tetkiklerle tanısı konan emboliler (trombüs, yağ vb.) ve akut böbrek yetmezliği
Travma sonrası 24 saat içinde ortaya çıkan stresör faktörlerin tetiklediği myokard enfarktüsleri
Crush sendromu (Ezilme tarzı yaralanma) (Bkz.: Açıklama 6)
Yelken göğüs
Tetik ve görüntüleme ile desteklenen retro-peritoneal hematoma (izole psoas kası hemotomu hariç)

Açıklama 1: Travmaya bağlı iç organ yaralanmaları minimal de olsa **yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğu kararı** verilir.

Kafa travmalarında; Radyologlarca Beyin CT'lerde veya MR'larda, "şüpheli subaraknoid kanama" veya "travmatik subaraknoid kanama?" gibi kayıtlar konulmuş ise;

"Şüpheli" ifadesi var ve klinik bulgu yok ise yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olmadığı,

"Travmatik subaraknoid kanama" için yatarak tedavi edilmese bile BT ile takip edilmiş, düzelme kaydedilmiş ise yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğuna karar verilir.

Açıklama 2: Travmaya bağlı iç organ yaralanmaları minimal de olsa **yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğu kararı** verilir.

Toraks travmalarında: Minimal hemotoraks, pnömotoraks kaydı varsa yaşamsal tehlike verilmelidir. CT'de minimal kontüzyon ya da buzlu cam görünümü bulunduğu ise;

1-Kontüzyon saptanan kişide kot fraktürü, minimal hemotoraks ya da pnömotoraks gibi eşlik eden toraks travmasına dair kayıt varsa yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğu kararına varılmalıdır.

2-Kontüzyon saptanan kişide kot fraktürü, minimal hemotoraks ya da pnömotoraks gibi eşlik eden toraks travmasına dair kayıt yoksa,

a- En az bir hafta ara ile tekrarlanan toraks CT'de, ilk tetkikte kaydedilen bulgularda gerileme varsa, CT'de kaydedilen minimal kontüzyon ya da buzlu cam görünümü, travma bölgesi ile uyumlu ve tek taraflı ise bulgular travma lehine olup yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğu kararına varılmalıdır.

b- En az bir hafta ara ile tekrarlanan toraks CT'de, ilk tetkikte kaydedilen bulgularda gerileme yoksa, CT'de kaydedilen minimal kontüzyon ya da buzlu cam görünümü, travma bölgesinden bağımsız ve iki taraflı ise bulgular travmadan ziyade, kişide daha önceden var olan sekonder kalp ve akciğer hastalıklarına (sarkoidoz, intersitisyel akciğer hastalığı gibi pulmoner parankimal hastalık veya astım, KOAH vb solunum yolu hastalığı gibi) bağlıdır.

Batın travmalarında: USG'de batında minimal sıvı/minimal intraabdominal hemoraji tanımlanan olgularda;

1-Laparotomi yapılmış olgular; sıvının barsak muhtevası olduğu ya da bir damar kanamasından kaynaklandığı belirlenmiş ise **yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğu kararı** verilmelidir.

2-Laparotomi yapılmamış olgularda; radyolog tarafından minimal sıvı diye belirtilen durumlarda sıvının dansitesine bakılmış ve dansitenin kan ile uyumlu olduğu belirtilmişse yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğu, değilse **yaşamı tehlikeye sokan bir durum olmadığı** şeklinde rapor verilmesi uygundur.

Açıklama 3: Büyük damar veya iç organ yaralanması olmasa bile %20'den fazla kan kaybına işaret eden klinik tabloya yol açan yaygın ekimoz, hematoma, ve laserasyonlarda **yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğu kararı** verilir (kısa sürede %20'den fazla kan kaybının eşlik ettiği klinik olarak tespit edilen femur başı ya da boynu kırıkları da bu kapsamda değerlendirilebilir). % 20 kan kaybına işaret edecek vital bulgular, Advanced Trauma Life Support (ATLS) hipovolemi sınıflaması, Shock Indexi (SI) ve Kan Gazı (Baz açığı /Laktat) değerlerine göre değerlendirilir.

Şok indeksi: kalp hızı / sistolik kan basıncıdır. Normal değeri: 0.5-0.7 arasındır. Vital bulguları normal olan hastalarda şok indeksi > 0.9 ise dikkatli olmak gerekir.

KAN KAYBI TAHMİNİ	
Şok İndeksi	İntravasküler sıvı kaybı
0.5	%0
0.8	%10-20
1.0	%20-30
1.1	%30-40
1.5	%40-50

ATLS Hemorajik Şok Sınıflaması

Parametre	Sınıf I	Sınıf II	Sınıf III (ORTA)	Sınıf IV (CİDDİ)
Ortalama kan kaybı (ml)	< %15 (<750)	< %15-30 (750-1500)	< %31-40 (1500-2000)	> %40 (>2000)
Nabız (dk)	<100	<100/100-120	120 - 140	>140
Sistolik Kan Basıncı	Normal	Normal	N / Azalmış	Azalmış
Nabız Basıncı	Normal/Artmış	Azalmış	Azalmış	Azalmış
Solunum Sayısı (/dk)	14-20	20-30	20-30/30-40	>35
İdrar Çıkışı (ml/sa)	>30	20-30	5-15	İhmal Edilebilir
Glasgow Koma Skoru (Mental Durum)	Belli belirsiz anksiyöz	İlımlı anksiyöz	Anksiyöz, konfüze	Konfüze, letarjik
*Baz Açığı (Meq/L)	0 - (-) 2	(-)2 - (-)6	(-)6 - (-)10	(-)10 ve altı
Kan Ürünü İhtiyacı	Monitörizasyon	Verilebilir	Ver	Masif Kan Transfüzyonu

*: Negatif değer, baz açığı olarak adlandırılır ve metabolik asidozu gösterir. (HCO₃⁻, in mEq/L). Laktat, baz açığını tamamlar ve birbirlerinin yerine kullanılabilir. Laktat > 4 ve/veya baz açığı >- 6 → ŞOK düşünülür.

1. İzole/persistan SKB <110mmHg ve SI > 1 ise,
2. Baz açığı >- 6 ve/veya laktat >4 ise,
3. Santral nabızlar alınamıyorsa,
4. ATLS Evre 2'yi karşılıyorsa Yaşamsal Tehlike oluştuğuna karar verilir.

Bu parametrelere ulaşılamıyorsa; hastaya verilen kan ürünü, Hb ve Hematokrit değerleri ile şok indeksi gibi değerler dikkate alınarak kişinin klinik durumuna göre **yaşamı tehlikeye sokan bir durum ile ilgili (olup/olmadığına) karar verilebilir.**

Açıklama 4: 2. ve 3. derece yanıklar bir arada ise hekim klinik duruma göre değerlendirme yapar.

Açıklama 5: Bu olgularda yaranın ağırlığına ek olarak köpeğin sahipli olup olmadığı, bulunup bulunmadığı, köpekte 10 gün içinde kuduz oluşup oluşmadığı gibi durumlar değerlendirilir. Akıbeti belli olmayan hayvan yaralanmalarında klinik takip önerilmiş ise klinik takip sonrası veya aşılama dönemi bittikten sonra karar verilir.

Açıklama 6: Yaralanma bölgesinde dolaşım bozukluğuna ve klinik tabloda bozulmaya neden olan damar, kas, kemik ve sinir dokusunun yoğun harabiyetinin eşlik ettiği ezilme tarzı (crush) yaralanmalar anlaşılmalıdır.

Yaşamı tehlikeye sokan damar yaralanmaları *

Tüm intrakranial damarlar	V. Brachiocephalica	A. Dorsalis Pedis
Tüm intrakranial sinüs ve venler	A./V. Subclavia	A. Dorsalis Penis
Karotis – kavernoöz fistül	A./V. Pulmonalis	V. Dorsalis Penis Profunda
A. Vertebralis	A./V. Thoracica Interna (A. Mammaria Interna)	A. Sacralis Media
A./V. Occipitalis	Truncus Thyreocervicalis	A. Intercostalis
A./V. Temporalis Superficialis	A./V. Thyroidea Inferior	A. Obturatoria
A. Carotis Communis	A./V. Thyroidea Superior	A. Glutea Superior
A. Carotis Interna	A./V. Lingualis	A. Glutea Inferior
A. Carotis Externa	A./V. Axillaris	A. Umbilicalis
A./V. Facialis	A./V. Brachialis	V. Saphena Magna
A./V. Maxillaris	A. Ulnaris	A. Pudenda Interna
V. Jugularis Interna	A. Radialis	A. Spermatica
V. Jugularis Externa	A./V. Femoralis (Superficialis)	A. Testicularis/Ovarica
Koroner arterler	A. Profunda Femoris	A. Uterina
Aortanın tamamı	A./V. Poplitea	A. Lienalis
Truncus Brachiocephalicus	A. Tibialis Posterior ve anterior	A. Renalis

*: Listede yaşamı tehlikeye sokan tüm damar yaralanmalarına yer verilememiş olabilir. Listede yer almayan, ancak tıbbi belgelerde adlandırılan ve listede yer alan damarlardan daha büyük damar yaralanması olan olgularda da yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğuna karar verilebilir. Ayrıca tıbbi belgelerde adlandırılarak tarif edilmiş orta ve küçük damar yaralanmalarında da, kan kaybı, hemotokrit değeri, yapılan tıbbi işlem ve hastanın kliniği ve gerektiğinde klinisyen görüşü göz önüne alınarak yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğuna/olmadığına karar verilebilir.

**Büyük damar yaralanmaları; tam kat oluşmasa da anevrizma ve travma bölgesinde trombüs oluşumu da yaşamı tehlikeye sokan bir durum olarak değerlendirilir.

Tablo 2: Deri-Deri Altı-Kas Dokusunu İlgilendiren Travmatik Değişimler*

Yüzey alanı olarak; yüz bölgesinin yaklaşık %30'u, vücudun diğer bölgelerinde ise tüm vücut yüzey alanına oranla %10'a kadar olan abrazyon ve kontüzyonlar** Saçlı deri ve yüz bölgesinde tek lezyon olarak <5 cm, toplamda <10 cm, vücudun diğer bölgelerinde tek lezyon olarak <10 cm, toplamda < 20 cm cilt-cilt altını ilgilendiren yaralanmalar	HAFİF
Yüzey alanı olarak; yüz bölgesinin yaklaşık %30'undan, vücudun diğer bölgelerinde ise tüm vücut yüzey alanına oranla %10'ndan fazla olan abrazyon ve kontüzyonlar** Saçlı deri ve yüz bölgesinde tek lezyon olarak ≥5 cm, toplamda ≥10 cm, vücudun diğer bölgelerinde tek lezyon olarak ≥10 cm, toplamda ≥20 cilt-cilt altını ilgilendiren yaralanmalar	HAFİF OLMADIĞI
Travmaya bağlı saç kaybı (alopesi), çapı ≥5 cm	HAFİF OLMADIĞI
Yaklaşık % 20'den fazla kan kaybına işaret eden klinik bulguların mevcut olduğu ekimoz, hematoma, laserasyon ya da avülsiyon/flep tarzı yaralanmalar (Bkz. Açıklama 1)	YAŞAMSAL TEHLİKE
Fasya ve kas dokuyu ilgilendiren tüm penetran yaralanmalar (Bkz. Açıklama 2)	HAFİF OLMADIĞI
Yüz bölgesinde sinir, kanal ve kemik dokulara nazif tüm yaralanmalar	HAFİF OLMADIĞI
Yumuşak doku seyirli, giriş deliği bulunan, saçma tanesi yaralanmaları da dahil tüm ateşli silah yaralanmaları***	HAFİF OLMADIĞI
Saçlı deride 5 cm ² 'den az flep tarzı yaralanmalar	HAFİF
Saçlı deride 5 cm ² ve daha geniş flep tarzı yaralanmalar	HAFİF OLMADIĞI
Saçlı deride, kanlanması bozulmuş, 100 cm ² 'den fazla flep yaralanmaları ve skalp kayıpları	YAŞAMSAL TEHLİKE
Yanıklar (Bkz. Açıklama 3)	
Birinci derece yanık	HAFİF
Birinci derece yanık: 5 yaş ve altında %20'den fazla	HAFİF OLMADIĞI
İkinci derece yanık yüzey alanı %10'dan az (5 yaş ve altı çocuklarda %5'ten az) Kafa/yüz veya perinede %5'ten az yanık	HAFİF
İkinci derece yanık yüzey alanı %10-20 arası (5 yaş ve altı çocuklarda %5-15 arası) Kafa/yüz veya perinede %5-15 arası ikinci derece yanık	HAFİF OLMADIĞI
İkinci derece yanık yüzey alanı % 20'den fazla (5 yaş ve altı çocuklarda %15'ten fazla)	YAŞAMSAL TEHLİKE
Üçüncü ya da dördüncü derece yanık: %10'a kadar	HAFİF OLMADIĞI
Üçüncü ya da dördüncü derece yanık: %10'dan fazla	YAŞAMSAL TEHLİKE
Elektrik yaralanmaları	
Vücuttan elektrik akımının geçtiğine dair pozitif bulguların mevcut olduğu durumlar (Elektrik giriş ve/veya çıkış deliği ve/veya klinik bulguların olması ve/veya sağlık personeli tarafından kardiopulmoner resusitasyon uygulanmış olması)	YAŞAMSAL TEHLİKE

*: Vücutta travmatik bulgu tanımlanmadığı, ancak ağrı ve hassasiyetin tanımlandığı ya da ifade edildiği, trafik kazaları başta olmak üzere bazı künt travmalarda, daha önce de belirtildiği üzere aşağıdaki paragraftaki gibi ifadelerle rapor düzenlenebilir.

“Kişi adına düzenlenmiş olay tarihli tıbbi belgelerde, kişinin bölgesinde ağrı ve/veya hassasiyet şikâyeti bulunduğu belirtilmiş olup harici muayenede herhangi bir travmatik bulgu tanımlanmadığı, yumuşak dokuyu ilgilendiren künt travmatik yaralanmalarda özellikle travma sonrası erken dönemde hassasiyet ve/veya eşlik eden ağrı şikayetleri dışında harici muayene bulgusu olarak herhangi bir cilt lezyonu bulunmayabileceği tıbben bilindiğinden, Savcılık/Mahkemece kişinin vücut dokunulmazlığının ihlali niteliğinde bir travmatik eyleme maruz kaldığının kabulü halinde kişinin bölgesinde hassasiyet şikayetine neden olan yumuşak doku yaralanmasının kişi üzerindeki etkisinin, **BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif OLDUĞU**”

** : Abrazyon ve kontüzyonlarda, yüzey alanı hesabı dokuzlar kuralına göre belirlenecektir.

*** : Ateşli silah yaralanmasına bağlı sıyrık tarzındaki cilt lezyonları genel hükümler çerçevesinde (uzunluğu, derinliği, yaygınlığı vb.) değerlendirilmelidir.

Açıklama 1: Büyük damar veya iç organ yaralanması olmasa bile %20’den fazla kan kaybına işaret eden klinik tabloya yol açan yaygın ekimoz, hematoma ve laserasyonlara **yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğu kararı** verilir. Ayrıca hastaya yapılan kan transfüzyonu, Hb ve Hematokrit değerleri ile şok indeksi gibi değerler de dikkate alınarak kişinin klinik durumuna göre **yaşamı tehlikeye sokan bir durum kararı da** verilebilir.

Şok indeksi: Kalp hızı / sistolik kan basıncıdır. Normal değeri: 0.5-0.7 arasındadır. Vital bulguları normal olan hastalarda şok indeksi > 0.9 ise dikkatli olmak gerekir.

KAN KAYBININ HESAPLANMASI	
Şok İndeksi	İntravasküler sıvı kaybı
0.5	% 0
0.8	% 10-20
1.0	% 20-30
1.1	% 30-40
1.5	% 40-50

*Bakınız sayfa 14-15 (Açıklama 3)

Açıklama 2: Uygulamada acil servislerde kesici delici alet yaralarının derinliği, fasya ve kas dokusuna ulaşım ulaşmadığı çoğunlukla kaydedilmemektedir. Böyle durumlarda vücut bölgesinin yapısı itibarıyla tarif edilen yara derinliği ve yaralanmanın niteliği (yara sayısı, uzunlukları, kaslara dikey ya da oblik oluşu vb.) temel alınmalı, buna göre gerekçelendirilerek yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif OLMADIĞINA karar verilmelidir. Klinik bulgular yaralanmanın niteliği ile ilgili hiçbir tanımlama içermiyor ise, yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif OLDUĞUNA karar verilmelidir.

Açıklama 3: Yanıklarda yaşa göre 9’lar kuralı çerçevesinde yüzey alanı hesaplaması yapılmalıdır.

Tablo 3: Kafa Bölgesi Yaralanmaları

Saçlı deri yaralanmaları bir önceki bölümde anlatılmıştır.	
Kafatası ve kafa tabanı kırıkları (Lefort 3 ve orbita tavan kırığı gibi kafatasını oluşturan kemikleri de içerir) (Bkz. Açıklamalar)	YAŞAMSAL TEHLİKE
Atlanto-aksiyel luksasyonlar	YAŞAMSAL TEHLİKE
Kafatasında iç ve dış tabulası bulunan bölgelerdeki sadece dış tabulayı ilgilendiren tüm kırık formları (Bkz. Açıklamalar)	HAFİF OLMADIĞI
Tüm kafa içi yapılardaki travmatik değişimler (kontüzyon, pnömosefali, klinik bulgu veren beyin ödemi, BOS kaçağı vb.)	YAŞAMSAL TEHLİKE
Kranial sinir yaralanmaları (diğer kafa içi değişimlerin eşlik etmediği)	HAFİF OLMADIĞI
Bilinç durumu <i>*Klinik olarak "commotio" kavramı uygulamada güçlülere neden olduğundan, bunun yerine GKS, bilinç durumu ve nörolojik defisit gibi klinik bulgularla değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir.</i>	
Glasgow Koma Skoru: 13–15 Olay sonrası ilk gözlemde uyanık, Belirlenmiş 5 dakikadan kısa süren geçici bilinç kaybı, Travma sonrası 24 saatten kısa amnezi,	HAFİF
Glasgow Koma Skoru: 9-12 arası Belirlenmiş 5 dakikadan uzun süren bilinç kaybı, Travma sonrası bilinç kaybı olmamakla birlikte fokal nörolojik defisit (kranial sinir, hissi-motor belirti), Travma sonrası 24 saatten uzun amnezi,	HAFİF OLMADIĞI
Başlangıç Glasgow Koma Skoru 8 ve altında (bilinci kapalı)	YAŞAMSAL TEHLİKE

Açıklamalar

1: Kranium defekti olan kişilere uygulanan travmalarda oluşan lezyona göre değerlendirme yapılır.

2: Kafatası kemikleri, 1 frontal, 2 parietal, 1 oksipital, 2 temporal, 1 sfenoid ve 1 etmoid olmak üzere 7 adet olup etmoid kemiğin perpendikular plate kısmı kafatası ile ilişkili olmayıp burun kökünde bulunduğu için sadece bu kısmının yaralandığı yüz yaralanmalarında yaşamsal tehlike oluşmadığına karar verilir. Etmoid kemiğin crista galli ve cribriform plate kırıkları, kafatası ve tabanı ile ilişki olup yaşamı tehlikeye sokan duruma neden olur iken diğer bölümlerindeki kırıkları yüz yaralanması olarak değerlendirilir ve **yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olmaz.**

Sfenoid kemiğin pterygoid processı, yüz kemikleri ile ilişkili olup nörokraniumla ilişkili olmadığı için, izole kırığı seyrek görülmekle birlikte yüz yaralanması olarak kabul edilir. **Yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olmaz.**

3: Temporal kemiğin pars mastoideasında bulunan processus styloideus da kafa içi ile ilişkili olmadığı için, mastoid kemiğin sadece bu kısmı kırılmışsa **yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olmaz.**

4- Kafatasını oluşturan ve yüz kemikleriyle eklem yapan kemiklerin beyine komşuluğu olmayan laminalarının kırıkları da **yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olmaz.**

5- Direkt grafide iç ve dış tabulayı ayırt etmek zor olup direkt grafide lineer kırık görülüyorsa zaten iç tabulayı da ilgilendirdiği varsayılır. İç ve dış tabulası bulunan bölgelerde direkt grafiler dışındaki görüntüleme yöntemleriyle saptanan sadece dış laminayı ilgilendiren kırıklar seyrek görülen bir durum olup tanjansiyel kırıklar gibi durumlar için kullanılmıştır.

6- Bazı durumlarda “travmatik sutur seperasyonu/ayrışması” gibi tanımlamalar ile karşılaşılmaktadır. Yetişkinlerde kırık olmadan seperasyon olamayacağından, bu tür tanımlamalar kırık olarak değerlendirilmelidir. Çocuklarda var olan suturalarda travmatik olarak seperasyon/ayrışma olmuşsa kırık olarak değerlendirilmelidir.

Tablo 4: Yüz Bölgesi Yaralanmaları

Yüz bölgesindeki her türlü sinir lezyonu	HAFİF OLMADIĞI
Orbitayı oluşturan kemiklerden dura ile ilişkisi olan frontal ve sfenoid kemiğin yer aldığı orbita tavan kırıkları	YAŞAMSAL TEHLİKE
Orbitayı oluşturan diğer kemiklerdeki kırıklar (Bkz. Açıklama)	HAFİF OLMADIĞI
Yüz bölgesindeki tüm kemik kırıkları (nazal, maksilla, lakrimal, zigomatik, palatin, inferior nazal konka, vomer, mandibula ve hiyoid kemik)	HAFİF OLMADIĞI
Kulak Lezyonları	
Dış kulak yolu yaralanması	HAFİF
Hemotimpanium	HAFİF OLMADIĞI
Kulak kemiklerinde kemik zincir kopukluğu	HAFİF OLMADIĞI
Denge aygıtında yaralanma (iç kulakta labirent kontüzyonu)	HAFİF OLMADIĞI
Timpanik membranda yırtık	HAFİF OLMADIĞI
Kulak kepçesinde kırık dokuyu içermeyen kısmi lezyonlar	HAFİF
Kulak kepçesinde kulak memesi kaybı veya kırık dokuyu ilgilendiren kısmi ya da total doku kayıpları	HAFİF OLMADIĞI
Göz Lezyonları	
Göz kapağı/çevresinde ekimoz/hematom, yüzeysel laserasyonlar	HAFİF
Konjonktivada subkonjonktival kanama gibi görme bozukluğu yapmayan, şekil ve fonksiyonu bozmayan yaralanmalar	HAFİF
Korneada perforasyona yol açmayan basit lezyonlar (abrazyon/kontüzyon)	HAFİF
İris-Uvea-Vitreus yaralanmaları (intraoküler kanama)	HAFİF OLMADIĞI
Lensin travmatik lezyonları (subluksasyon, luksasyon, katarakt, hifema)	HAFİF OLMADIĞI
Enükleasyon-Evisserasyon	HAFİF OLMADIĞI
Gözyaşı kanallarının travmatik lezyonları	HAFİF OLMADIĞI
Koroid rüptürü	HAFİF OLMADIĞI
Retinanın travmatik lezyonları (ödem, laserasyon, dekolman, kanama)	HAFİF OLMADIĞI
Skleral ve/veya konjunktival perforasyon	HAFİF OLMADIĞI
Glob perforasyonu	HAFİF OLMADIĞI
Travmatik sürekli epifora	HAFİF OLMADIĞI
Travmatik pitozis	HAFİF OLMADIĞI
Gözde trikiyazis, entropiyum, ekstropiyum	HAFİF OLMADIĞI
Travmatik şaşılık (intrakraniyal patolojiye bağlı olmayan)	HAFİF OLMADIĞI
Optik sinir lezyonu (intrakraniyal patolojiye bağlı olmayan)	HAFİF OLMADIĞI
Burun-Ağız-Damak-Dil-Lezyonları	
Burun kırık ve konka lezyonu	HAFİF OLMADIĞI

Dilde basit yaralanma	HAFİF
Dilde derin veya geniş laserasyon, kopma ya da kesiler	HAFİF OLMADIĞI
Mukoza yaralanması	HAFİF
Stenon kanalı yaralanması	HAFİF OLMADIĞI
Diş ya da implant kayıpları (Süt dişleri dahil)	HAFİF OLMADIĞI
Dişlerde sublüksasyon (implant dahil), tüm belirgin diş kırıkları (mine, dentin, pulpa)	HAFİF OLMADIĞI

Açıklama: Orbita; frontal, zigomatik, sfenoid, etmoid, maksiller, lakrimal ve palatin olmak üzere 7 kemikten oluşur.

Tablo 5: Boyun Bölgesi Yaralanmaları

Larinkste perforasyonsuz, tüm katları içermeyen mukozal yırtık tarzındaki yaralanmalar	HAFİF OLMADIĞI
Larinkste (tiroid ve krikoid kartilaj dahil) perforasyonlu ve tüm katları içeren yaralanmalar	YAŞAMSAL TEHLİKE
Farinks ve retrofaringeal bölgede tanımlanmış her tür perforasyon ya da daha ağır yaralanmalar	YAŞAMSAL TEHLİKE
Tükrük bezlerinde kesi ya da duktal hasarlanma ile birlikte olan yaralanmalar	HAFİF OLMADIĞI
Tiroid bezi yaralanmaları	HAFİF OLMADIĞI
Vokal kord yaralanmaları	HAFİF OLMADIĞI

Tablo 6: Göğüs Bölgesi Yaralanmaları

Memede avülsiyon	HAFİF OLMADIĞI
Organ lezyonu oluşmamış lokal cilt altı amfizemi	HAFİF OLMADIĞI
Geniş cilt altı amfizemi	YAŞAMSAL TEHLİKE
Klinik bulgularla desteklenen yabancı cisim aspirasyonu ya da yutulması	YAŞAMSAL TEHLİKE
Trakea ve bronşlarda laserasyon, perforasyon, parçalanma (crush), rüptür, ayrılma (transection)	YAŞAMSAL TEHLİKE
Trakeostomi zorunluluğu	YAŞAMSAL TEHLİKE
Diyafragmada laserasyon ve rüptür	YAŞAMSAL TEHLİKE
Özofagusta her dereceden laserasyon, perforasyon, parçalanma (crush), rüptür ve ayrılma (transection)	YAŞAMSAL TEHLİKE
Özofagusta korozi madde yaralanmaları (Bkz. Açıklama 1)	
Tanısal olarak endoskopi yapılması/endoskopide hiperemi ve ödem (Eyre 1) dışında lezyon yok	HAFİF OLMADIĞI
Özofagusta grade 1 dışında tüm yaralanmalar	YAŞAMSAL TEHLİKE
Perikard tamponadı	YAŞAMSAL TEHLİKE
Kalpde kontüzyon, laserasyon, perforasyon	YAŞAMSAL TEHLİKE
Korda tendinea laserasyonu	YAŞAMSAL TEHLİKE
Akciğerlerde kontüzyon ve laserasyon	YAŞAMSAL TEHLİKE
Hemotoraks, pnömotoraks/tansiyon pnömotoraks, pnömomediastinum, hava embolisi	YAŞAMSAL TEHLİKE
Yelken göğüs	YAŞAMSAL TEHLİKE

Açıklama 1: Koroziv madde içiminde özofagustaki yaralanmalar derecelendirilmiş ve Evre I ise yaralanmanın yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olmadığı, ancak yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde HAFİF OLMADIĞI, diğer daha ağır derecelerdeki yaralanmaların ise yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olduğuna karar verilmelidir. Yanık derecelendirmesi yapılmamış ise konsültasyon istenerek evre sonucu belirtildikten sonra rapor sonuçlandırılmalıdır.

Özofagus kostik yaralanmalarının endoskopik evrelemesi tabloda görüldüğü gibidir.

Yaralanma Derecesi	Endoskopik Bulgu
Evre 1	Hiperemi ve ödem ile görülen mukozal inflamasyon
Evre 2- a	Vezikül ve eksudalı yüzeysel mukozal ülserasyon, pseudomembran gelişimi
Evre 2-b	Derin ve çevresel ülserasyon ve nekroz, minimal kanamalar
Evre 3	Bütün organı tutan aşırı nekroz ve masif kanama
Evre 4	Evre 3 ile aynı endoskopik bulgular + metabolik asidoz veya dissemine intravasküler koagülasyon gibi sistemik bulguların eklenmesi

Temel ve Sistematik Cerrahi, Cilt 1, Editör, Prof. Dr. Hüseyin Gülay, İzmir Güven Kitabevi, Birinci Baskı, 2005

Tablo 7: Karın ve Pelvis Bölgesi Yaralanmaları

Lümeni olan organlarda (mide, duodenum, jejunum, ileum, kolon, rektum, üreter, mesane, üretra*, uterus ve safra kesesi) her dereceden laserasyon, perforasyon ve rüptürler	YAŞAMSAL TEHLİKE
Parankimal organlarda (böbrek, karaciğer ve dalak) subkapsüler hematoma, laserasyon ve rüptürler	YAŞAMSAL TEHLİKE
Pankreas ve adrenal glandda kontüzyon, hematoma, laserasyon ve perforasyonlar	YAŞAMSAL TEHLİKE
Tetkik ve görüntüleme ile desteklenen retro- peritoneal hematoma (izole psoas kası hematomu hariç)	YAŞAMSAL TEHLİKE
Karın içinde kanama veya başkaca lezyon olmasa bile, eksplorasyon ya da radyolojik yöntemlerle tanısı kesin olarak konulan, peritonu geçen batın boşluğu ile ilişkili yaralanmalar	YAŞAMSAL TEHLİKE
Tanı amaçlı laparotomi gerektiren, batın boşluğu bütünlüğünde bozulma oluşturmayan ve batın organlarında yaralanmaya neden olmayan lezyonlar	HAFİF OLMADIĞI
Mezenter ve omentum'da kontüzyon, laserasyon	YAŞAMSAL TEHLİKE
Fallop tüpü ve ovaryumda laserasyon ve daha ağır lezyonlar	YAŞAMSAL TEHLİKE
Plasental ayrılma	YAŞAMSAL TEHLİKE
Dış genital organlar	
Skrotumda yüzeysel lezyonlar ve ekimozlar	HAFİF
Skrotal hidrosel veya hematosel	HAFİF OLMADIĞI

Testiste laserasyon ve belirgin hematomlar	HAFİF OLMADIĞI
Testisin akut kaybıyla sonuçlanan yaygın testis doku laserasyonu	YAŞAMSAL TEHLİKE
Anüste sfinkter kusuru olmaksızın kontüzyon (hematom)	HAFİF
Anüste perforasyonsuz, katlarda kısmi lezyon şeklindeki laserasyonlar	HAFİF OLMADIĞI
Anüste perforasyonlu/tüm katları içeren/doku kayıplı/yoğun, kompleks avulsiyon, rüptür ve laserasyonlar	YAŞAMSAL TEHLİKE
Penis, vagina, vulva ve perinede yüzeysel abrazyon ve ekimozlar	HAFİF
Penis, vagina, vulva ve perinede laserasyonlar ve belirgin hematomlar	HAFİF OLMADIĞI
Peniste spongiöz doku yaralanması	HAFİF OLMADIĞI
Peniste herhangi bir bölgeden ampütasyon (glans/tam penis)	YAŞAMSAL TEHLİKE

*: Sadece sonda takılmasına bakılarak üretral yaralanma için yaşamsal tehlike verilmemelidir. Üretral yaralanmanın yapılan tetkiklerle saptanmış olması gerekir.

Tablo 8: Vertebral Kolon-Medulal Spinalis-Periferik Sinir Yaralanmaları

Tüm periferik sinir yaralanmaları	HAFİF OLMADIĞI
Kord/kauda equina kontüzyon ve laserasyonu (hangi derecede ve düzeyde olursa olsun)	YAŞAMSAL TEHLİKE
Disk yaralanması ve herni	HAFİF OLMADIĞI
Kord hasarının eşlik ettiği disk yaralanması ve herniler	YAŞAMSAL TEHLİKE
Kord kontüzyonu ve laserasyonunun eşlik ettiği kırık ya da çıkıklar	YAŞAMSAL TEHLİKE
Facet kilitlemesi-kayması	HAFİF OLMADIĞI
İnterspinöz ligament laserasyonu (hiperfleksiyon zorlanması)	HAFİF OLMADIĞI

Tablo 9: Üst Ekstremitte Yaralanmaları

Üst ekstremitedeki tüm kemik kırıkları	HAFİF OLMADIĞI
Kol, ön kol veya parmaklarda soyulma (degloving) tarzında yaralanma	HAFİF OLMADIĞI
Kompartman sendromuyla birlikte ekstremitte yaralanması	HAFİF OLMADIĞI
Parmaklar hariç ekstremitenin herhangi bir yerinden amputasyon	YAŞAMSAL TEHLİKE
Kas-Tendon ve Ligamanlar	
Tendon laserasyonu ve kopmaları	HAFİF OLMADIĞI
Travmaya bağlı "tendinit, sinovit, bursit" gibi osseöz olmayan ortopedik patolojiler	HAFİF OLMADIĞI
Kas laserasyonu ve kesileri	HAFİF OLMADIĞI
Eklem kapsülü laserasyonu	HAFİF OLMADIĞI
Eklemler	
Kontüzyon ve burkulmalar	HAFİF
Hemartroz, hidroartroz	HAFİF OLMADIĞI
Parmaklar hariç üst ekstremitelerde damar, kas, kemik ve sinir dokusunun yoğun harabiyetinin eşlik ettiği ezilme tarzı (crush) yaralanma	YAŞAMSAL TEHLİKE

Tablo 10: Alt Ekstremitte Yaralanmaları

Alt ekstremitteki tüm kemik kırıkları	HAFİF OLMADIĞI
Uyluk, baldır veya parmaklarda soyulma (degloving) tarzında yaralanma	HAFİF OLMADIĞI
Kompartman sendromuyla birlikte ekstremitte yaralanması	HAFİF OLMADIĞI
Parmaklar hariç ekstremitenin herhangi bir yerinden amputasyon	YAŞAMSAL TEHLİKE
Kas-Tendon ve Ligamanlar	
Tendon laserasyonu ve kopmaları	HAFİF OLMADIĞI
Kas laserasyonu ve kesileri	HAFİF OLMADIĞI
Travmaya bağlı "tendinit, sinovit, bursit" gibi osseöz olmayan ortopedik patolojiler	HAFİF OLMADIĞI
Eklem kapsülü laserasyonu	HAFİF OLMADIĞI
Diz ve bilekte kolletral/cruciate ligaman laserasyonu, meniskus yırtığı	HAFİF OLMADIĞI
Eklemler	
Kontüzyon ve burkulmalar	HAFİF
Hemartroz, hidroartroz	HAFİF OLMADIĞI
Parmaklar hariç, alt ekstremitelerde damar, kas, kemik ve sinir dokusunun yoğun harabiyetinin eşlik ettiği ezilme tarzı (crush) yaralanma	YAŞAMSAL TEHLİKE

VÜCUTTAKİ KEMİK KIRIK VE ÇIKIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Vücuttaki kemik kırık ve çıkıklarının hayat fonksiyonlarına etkisi, kırık veya çıkıkların Tablo 11'de kaydedilen ağırlıklarına göre HAFİF (1), ORTA (2-3) ve AĞIR (4-5-6) olarak sınıflandırılmıştır. Vücutta birden fazla kemik kırığı bulunması halinde hayat fonksiyonlarına olan etkinin saptanması açısından skorlamaya gidilmiştir. Kırılan her bir kemiğin derecesi bulunarak, bunların kareleri alınıp toplanır. Çıkan toplamın karekökü alınır. Çıkan sonucun küsuratlı olması halinde; küsurat 0,5'den büyük ise bir üst derece alınmaktadır. Hesaplama ağırlık derecesi 6 dan büyük çıksa da ağırlık derecesi 6 olarak alınır.

Örnekler:

1-Kişide sol ekstremitte radius kırığı ile sağ ekstremitte radius açık kırığı oluşmuştur.

Radius kırığının derecesi: 2

Radius açık kırığının derecesi: 3

İkisinin birlikte skorlanmış derecesi: $\sqrt{2^2+3^2} = \sqrt{4+9} = \sqrt{13} = 3,6$

Bu yaralanmada kırıkların toplamının hayat fonksiyonlarına etkisi AĞIR (4) olarak değerlendirilmektedir.

2- Kişide üç adet falanks kırığı, metakarp kırığı ve radius açık kırığı oluşmuştur.

Falanks kırığının derecesi: 1

Metakarp kırığının derecesi: 2

Radius açık kırığının derecesi: 3

Tüm kırıkların skorlanmış derecesi: $\sqrt{1^2+1^2+1^2+2^2+3^2} = \sqrt{1+1+1+4+9} = \sqrt{16} = 4$

Bu yaralanmada kırıkların toplamının hayat fonksiyonlarına etkisi AĞIR (4) olarak değerlendirilecektir.

AÇIKLAMALAR

1- Kemiklerdeki kırık ve çıkıkların skorlanması ile elde edilen ağırlık derecesi, yaşamı tehlikeye sokan durum kriterlerinden farklı ve bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

2-Vücutta kemik kırığı veya çıkığı oluşan tüm durumlarda yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığına karar verilir.

2- Diş kırıkları, kemik kırığı olarak kabul edilmemektedir Ancak travma ağırlığı açısından, yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı şeklinde değerlendirilmelidir.

3- Herhangi bir kemikte birden fazla kırık oluşmuş ise oluşan kırıklar içindeki en ağır form (ayrıklı, parçalı, açık vb.) değerlendirilerek bu lezyon üzerinden değerlendirme yapılmalı, aynı kemikte oluşan birden fazla kırık için skora yapılmamalıdır.

4- Vücut içindeki protezlere yönelik travmalarda oluşan zararlar, protez doku/organın aslına yönelik travmalarda oluşan zararlarla aynı şekilde değerlendirilecektir. Vücut dışında kullanılan, yaşamı kolaylaştırıcı, cerrahi işlem gerektirmeksizin takılıp çıkarılabilen protezler bu kapsamda değildir.

5- Çocuklara özgü kırıklar da (epifiz, metafiz kırıkları, seperasyonlar, yaş ağaç kırığı vb), ilgili kemiğin kırığında belirlenen ağırlık derecesine göre değerlendirilir.

6- Kemiklerde kırık oluşturmayan yabancı cisim penetrasyonları (ateşli silah saçma tanesi, cam vb.) kemik kırığı gibi değerlendirilmez. Kemikte oluşan hasarın hayat fonksiyonlarına etkisinin ağırlık derecesi ORTA (2) olarak değerlendirilir. Kemiklerde travmaya bağlı kırık tanımlaması yapılmayıp "kortikal devamsızlık" kaydı konulan durumlara da benzer şekilde yaklaşılmalı VE HAFİF (1) olarak değerlendirilmelidir.

7- Ateşli silah mermi çekirdeği geçişiyle ekstremelerde zımba deliği şeklindeki kırıklar femurda ise (3) puan, femur dışındaki kemiklerde (2) puan olarak değerlendirilir.

8- Kişinin vücudunda oluşan yaralanmanın tedavisine dönük olarak gerçekleştirilen (olayla illiyetli) amputasyonlar, sternotomi, kostatomi, burr hole vb. gibi iyatrojenik olarak oluşturulan kemik kesileri de kırık olarak değerlendirilir. El ve ayak bileği seviyesinin üstünden olan/yapılan amputasyonlar için en ağır kemik kırığı puanı olan (6) puan kabul edilir. El ve ayak tarak ve parmak kemikleri için ampute olan kemiğin en ağır kırık puanı dikkate alınır. Burr hole kırık ağırlığı, kafatasını oluşturan farklı kemiklerdeki her bir burr hole için (2) puan, aynı kemikteki birden fazla burr hole için ise yine (2) puan olarak kabul edilir. İyatrojenik olarak oluşturulan sternum kesileri için kırık ağırlığı (4) puan, kot kesileri için ise (2) puan olarak kabul edilir. Bununla birlikte bu durumun raporlama aşamasında aşağıdaki türden bir ifade ile başlanılmak sureti ile belirtilmesi uygun olacaktır.

"Kişideki yaralanmanın tedavisine dönük olarak gerçekleştirilen amputasyon/sternotomi/kostatomi/burr hole vb.'nin kemik kırığı olarak değerlendirildiği ve vücuttaki kemik kırıkları, kırığın hayat fonksiyonlarına etkisine göre ..."

Tablo 11:Kemik Kırık ve Çıkmalarının Hayat Fonksiyonlarına Etkisinin Ağırlık Derecesi

Kafa bölgesi	
Kafatasında iç ve dış tabulası bulunan bölgelerdeki sadece dış tabulayı ilgilendiren tüm kırık formları	1
Kubbede tek hat boyunca uzanan lineer kırık (birden fazla kemiği kat etse dahi)	3
Kafatasında farklı bölgelerdeki ayrı lineer kırıkların her biri	3
Kafatasında çökme kırığı	5
Kaidede kırık	5
Etmoid kemiği kırığı (kafa tabanını ilgilendirmeyen, lamina perpendikuler, lamina papricea vb)	2
Etmoid kemiğin parçalı kırıkları	3
Etmoid kemiği kırığı (kafa tabanı ile ilişkili crista galli ve cribriform plate kırıkları)	4
Mastoid kemik kırığı (kafa içi ile iştirakli)	4
Periferal mastoid hücrelerde kafa içi ile iştiraksiz kırık	2
Mastoid bölge stiloid proçes kırığı	2
Frontal sinüs dış lamina kırığı	2
Frontal sinüs iç lamina kırığı	3
Frontal sinüs iç-dış lamina kırığı	4
Petros kemik kırıkları	4
Yüz ve boyun bölgesi	
Yüz bölgesi kemikleri; nazal, maksilla, lakrimal, zigomatik, palatin, inferior nazal konka, vomer, mandibula ve hiyoid kemiktir	
Orbita	
Orbita; frontal, zigomatik, sfenoid, etmoid, maksiller, lakrimal ve palatin olmak üzere 7 kemikten oluşur	
Orbitayı oluşturan kemiklerden her birinin kırığı	2
Orbitayı oluşturan kemiklerden birden fazlasının kırığı, açık ya da parçalı kırığı	3
Burun kemiğinde ayrıksız, nondeplase, ayrıklı lineer kırık, uç kırığı, kıkırdak kırığı (grafî bulgusu kesin olmasa da klinik olarak krepatasyon tanımlanmış ise bu grupta değerlendirilir)	1
Burun kemiğinde komplike kırıklar (deplase, parçalı ve çökme kırıkları)	2
Zigomatik kemikte lineer kırık	2
Zigomatik kemikte parçalı veya çökme kırığı	3
Maksillada kırık (lineer, kapalı)	2
Maksillada kırık (açık, parçalı)	3
Lakrimal kemikte kırık	2
Palatin kemikte kırık	2
Vomerde kırık	2
Lefort I (alt maksiller alveolun, üst midfasial frontal maksilladan ayrıldığı horizontal kırıklar)	3
Lefort II (maksillanın frontal proçesini ve nazal kemikleri glabella hizasında frontal kemikten ayıran maksillanın piramidal kırıkları)	4
Lefort III (fasial kemikler ile kraniumu ayıran, sinüs frontalis, superior orbital rimler ve anterior kranial alanı içeren kırıklar)	5
Mandibulada kırık	3
Mandibulada komplike kırıklar (parçalı/deplase/açık kırıklar)	4
Temporo-mandibular eklem çıkığı	2
Alveol kırığı	2
Hyoid kemiği kırığı	2
Larenks ve tiroid kıkırdak kırıkları (lineer/ayrıklı/açık)	2

Göğüs Bölgesi	
Klavikula kırığı	2
Klavikula açık kırığı	3
Sternoklavikular çıkık	2
Akromioklavikular çıkık	2
Akromion kırığı	2
Sternumda kırık	3
Sternum ayrıklı kırığı	4
Kaburga kırığı (lineer /ayrıklı/açık) (üç kaburga kırığının her biri için 2 puan, üçten fazla kaburga kırığı için 1 puan alınmalıdır)	2
Skapulada kırık (kopma kırığı, ayrıksız kırıklar)	3
Skapula kırığı (parçalı /ayrıklı/açık)	4
Glenoid ve boyun kırığı	3
Glenoid eklem içi kırığı	3
Pelvis Kemikleri	
İliak kemikte küçük kopma kırığı	1
İliak kemikte korpusta kırık	3
İliak kemikte korpusta ayrıklı kırık	4
İliak kanat kırığı (Duverney)	3
İliak kanat açık kırığı	4
İskion kolu kırığı tek taraflı	2
İskion kolu kırığı çift taraflı	3
Pubis kolu kırığı tek taraflı	2
Pubis kolu kırığı çift taraflı	3
İskion pubis müşterek kırığı	3
Symphysis pubis ayrılması (basit; 0-3 cm arası)	3
Symphysis pubis ayrılması (ağır; 3 cm'den fazla)	4
Asetabulum kırığı (tavan/üst dudak)	3
Asetabulum ayrıklı taban kırığı	4
Asetabulum kırığı+femur başı çıkığı	5
Sakroiliak ayrılma (kırık tek taraflı ise)	3
Sakroiliak ayrılma (Kırık çift taraflı ise)	4
İskion kır.+ pubis kır.+ sakroiliak ayrılma ((Malgaigne) tek taraflı)	4
İskion kır.+ pubis kır.+ sakroiliak ayrılma ((Malgaigne) çift taraflı)	6
Sakrum kırığı (sakrum blok halinde tek kemik olarak değerlendirilir)	3
Sakrum parçalı kırığı	4
Koksiks kırığı	2
Omurga Bölgesi	
Atlanto-aksiyal luksasyon (tip I ve tip II)	3
Atlanto-aksiyal luksasyon (tip III)	4
Dens, axis kırığı	3
Proc. spinosus kırığı	2
Proc. spinosus açık kırığı	3
Proc. transversus kırıkları	2
Proc. transversus açık kırığı/kırıkları	3
Lamina kırığı	2
Lamina açık kırığı	3
Korpus kopma kırığı	2
Korpus kırığı	3

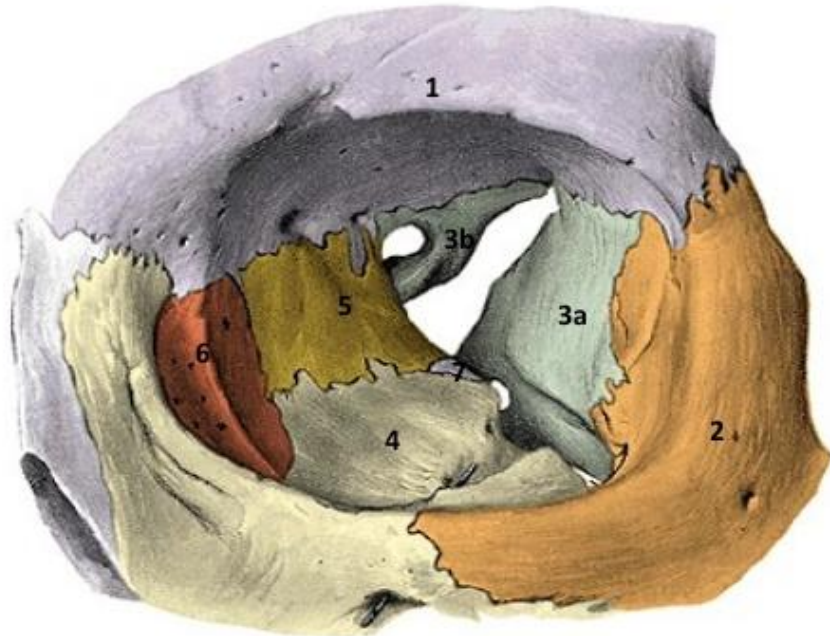
Korpus çökme kırığı (1/3'e kadar)	3
Korpus çökme kırığı (1/3'den fazla)	4
Korpus açık çökme kırığı	5
Omur kayması (spondilolistezis)	2
Omurganın açık ya da kapalı instabil kırıklı çıkıkları	5
Faset kırığı (omurları birbirine bağlayan kıkırdak yapısındaki eklemler)	3
Pedikül kırığı	3
Jefferson kırığı (atlas kemiğinin patlama kırığı)	4
Hangman (cellat) kırığı: (aksis (C2) kemiğinin arka elemanlarında hiperekstansiyon kırığı ve C2'nin C3 üzerinde kayması (travmatik spondilolistezis))	4
Üst Ekstremitte Bölgesi	
Omuz çıkığı (gleno-humeral)	2
Humerus cisim kırığı (nondeplase)	3
Humerus cisim ayrıklı kırığı (deplase)	4
Humerus kollum şirurjikum/anatomikum kırığı	4
Humerus kollum şirurjikum/anatomikum açık kırığı	5
Humerus suprakondiler kırığı	3
Humerus suprakondiler açık kırığı	4
Humerus medial ve lateral (birlikte) kondil kırığı	2
Kondil kırığı (basit kopma kırığı)	1
Kondil kırığı (medial-lateral/eklem içi/kondil T ve Y kırıkları)	4
Açık kondil kırığı (medial-lateral/eklem içi/kondil T ve Y kırıkları)	5
Humerus tuberkulum majus kırığı	3
Dirsek çıkığı	2
Dirsek çıkığı (açık)	3
Radius cisim kırığı	2
Radius cisim açık kırığı	3
Radius alt uç kırığı (Pouteau-Colles)	2
Ters PC kırığı (Smith Goyrand)	2
PC + stlyoid kırığı	2
Styloid kopma kırığı	1
Radius boynu kırığı	2
Radius başı kırığı	2
Radius distal eklem içi kır.+karpal çıkık (Barton)	3
Radius başı çıkığı	2
Radius başı çıkığı (açık)	3
Ulna cisim kırığı	2
Ulna cisim açık kırığı	3
Troklear kırık	2
Troklear kırık (açık)	3
Olekranon kırığı	2
Olekranon kırığı (açık)	3
Ulna 1/3 üst kırığı+radius başı çıkığı (Monteggia)	3
Monteggia (açık)	4
Ulna alt uç kırığı+radius kırığı (Galeazzi)	2
Galeazzi (açık)	3
Dirsekte üçlü kapalı kırık	4
Dirsekte üçlü açık kırık (Side-wipe)	4
Bilek (karpal) kemiklerinde kırık	2

Bilek (karpal) kemiklerinde açık kırık	3
Bilek (karpal) kemiklerinde açık parçalı, ezik şeklinde kırık	4
Metakarp kırığı	2
Metakarp açık kırığı	3
Metakarp kırıklı çıkığı	3
Karpometakarpal çıkık	1
Karpometakarpal açık çıkık	2
Metakarpofalangeal çıkık	1
Metakarpofalangeal açık çıkık	2
El parmak kemiği kırığı, çıkığı	1
El parmak kemiği açık kırığı/kırıklı çıkığı, amputasyon ya da dezartikülasyonu (Bkz. Açıklama)	2
Alt Ekstremitte Bölgesi	
Femur başı çıkığı (asetabulum üst dudak kırıklı veya kırıksız)	4
Femur başı nondeplase kırığı	4
Femur başı deplase kırığı	5
Femur boynu (kollum) kırığı	4
Femur boynu açık kırığı	5
İntertrokanterik kırık	4
İntertrokanterik açık kırık	5
Subtrokanterik kırık	4
Subtrokanterik açık kırık	5
Femur kondil (medial/lateral) kırığı	4
Femur epikondil kırığı	2
Femur suprakondiler kırığı	4
Femur suprakondiler açık kırığı	5
Femur cisminde kırık	4
Femur cisminde parçalı kırık	5
Femur cisminde açık kırık	5
Femur cisminde açık parçalı kırık	6
Femurun zımba şeklinde delinmesi (ateşli silah)	3
Patellada ekstansör fonksiyonu bozmayan küçük kopma kırığı (parsiyel)	1
Patella açık parsiyel kırığı	3
Patella kırığı	2
Patella parçalı kırığı	3
Patella açık parçalı kırığı	4
Diz çıkığı	3
Tibiada küçük kopma kırığı	1
Tibia diafiz kırığı	4
Tibia diafiz açık kırığı	5
Tibia plato (lateral-medial kondil) kırığı	4
Tibia plato (lateral-medial kondil) parçalı kırığı	4
Tibia plato+Fibula başı kırığı	4
Tibia eminentia kopma kırığı	1
Fibula diafiz kırığı	2
Fibula diafiz açık kırığı	3
Fibula boyun kırığı+kondil kırığı	3
Pilon-tibial kırık (tibia alt uç eklem içi parçalı kır.+fibula kırığı)	4
Pilon-tibial açık kırık	5

Malleol kapalı kırığı	2
Malleol açık kırığı	3
Bimalleoller kapalı kırık (Pott)	3
Bimalleoller açık kırık	4
Trimalleoller kırık (Cotton)	3
Cotton (açık)	4
Kalkaneus kırığı	3
Kalkaneus çok parçalı ve/veya açık kırığı	4
Talusta kırık	2
Talus çok parçalı ve /veya açık kırığı	3
Tarsal kemik kırıkları	2
Radyokarpal, perikarpal, interkarpal, subtalar, transtarsal çıkıklar	2
Tarsal kemiklerin açık kırıkları	3
Sesamoid kırıkları	1
Metatars kırığı	2
Metatars açık kırığı	3
Metatars çıkığı	2
Ayak parmak kemiği kırığı	1
Ayak parmak kemiği açık kırığı, amputasyon ya da dezartikülasyonu (Bkz. Açıklama)	2
Ayak parmak kemiği çıkığı	1
Tüm kortikal kopma kırıkları	1
Ateşli silah yaralanmasına bağlı gelişen zımba tarzı kemik kırıkları (femur hariç)	2

KEMİK ORBİTA

1. Frontal
2. Zigomatik
3. Sfenoid
4. Maksiller
5. Etmoidal
6. Lakrimal
7. Palatin



ZEHİRLENMELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zehirlenmeler adli olgu olarak değerlendirilmelidir. Bu kapsamda bu tip hastaların değerlendirilmesi sırasında; öncelikle, yeterli miktarda kan ve/veya diğer vücut sıvılarının alınarak, uygun koşullarda saklanması bir zorunluluktur.

Bu bölümde zehirlenme olgularında TCK kapsamında “**yaşamı tehlikeye sokan bir durum olup olmadığı**” kıstasları ve yaralanma düzeyinin standart bir şekilde belirlenebilmesine yardımcı olabilecek ölçütler belirlendi. Ancak değerlendirmede; zehirlenme olgularında da diğer hastalıklarda olduğu gibi kişisel bulgular, hastanın klinik durumu ve toksik maddenin özel etkileri öncelikle dikkate alınmalıdır.

1-Basit Tıbbi Müdahale ile Giderilebilecek Ölçüde Hafif Zehirlenme Olguları

A-Yalnızca semptomatik tedavi ile yetinilen olgular

B-Gözlem süresince herhangi bir komplikasyon saptanmayan olgular

C-Gastrik lavaj ve aktif kömür dışında tedavi gerektirmeyen olgular

2-Vücuda Acı Veren veya Sağlığının ya da Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar

Belirlenen **yaşamı tehlikeye sokan bir durum** ölçütlerinin bulunmadığı, ancak klinik bulguları çerçevesinde, kişi üzerindeki etkisi basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmayan zehirlenme olguları bu gruptadır.

3- Zehirlenmelerde Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Neden Olma Kriterleri:

- Dozaj: Toksik doz biliniyor ve güvenilir verilere dayanıyorsa, maddenin kan düzeyinin toksik dozda olması
- GKS: 8 ve altındaki değerler yaşamsal tehlikenin varlığı açısından gösterge olmakla birlikte, 9 ve üzerindeki değerler negatif bir gösterge olarak kabul edilmemelidir.
- Entübasyon endikasyonu
- Hekim tarafından CPR (Cardio Pulmoner Resusitasyon) uygulanması. İleri yaşam desteği uygulanarak kalp-akciğer-beyin canlandırma işlemi uygulanması
- Dializ, hemoperfüzyon, hemofiltrasyon, plazmaferez uygulanmış olması
- Metabolik değerlendirmede:
 - Anyon açığı yüksek metabolik asidoz (metanol, etilen glikol, aspirin, asetaminofen, toluen vb. anyon açığı yüksek metabolik asidoza neden olabilecek zehirlenme etkeninin varlığı durumlarında)
 - pH değerinin 7,2'nin altında olması
 - Arteriyel kan gazı ölçümünde pCO₂ değerinin 45 mmHg'dan yüksek olması
 - K değerinin 6.4mEq/L'nin üzerinde ve 2mEq/L'nin altında olması
- Konvülsiyonların olması
- Tansiyon arterial sistolik komponentin 80 mmHg'nın altında olması
- Olay nedeni ile sinüs ritmi dışında ritmi olan ve blok bulunan olgular

Yaşamı Tehlikeye Sokan Durum Açısından Özel Gruplar:

1-Tıbbi tedavide kullanılan ilaçların doz aşımının söz konusu olduğu olgular:

İlacın özel toksik etkisi (kardio-toksik etki, aritmi, hemotoksik etki vb.) ayrıca göz önüne alınması gereken bir durumdur. Örneğin, trisiklik antidepressanlar santral sinir sistemi ve kardiyak ileti sistemine olan toksik etkileri nedeni ile belirlenen kriterler dışında özel değerlendirme gerektirmektedir.

2-CO zehirlenmeleri:

- Olgunun ilk bulunduğu bilinç bozukluğu olması,
- HbCO düzeyinin %20'nin üzerinde olması
- Hiperbarik oksijen tedavisine gerek duyulması
- Spesifik BT ya da MR bulguları, beyin dışı organ bulguları; miyokart enfarktüsü, rabdomyoliz (CPK, LDH, ALT yükselmesi)

3-Mantar zehirlenmeleri:

Serum transaminazlarının yükselmesi, ikter, karaciğer matitesinin küçülmesi ve hepatik ensefalopati, üre ve kreatinin gibi böbrek fonksiyon testlerinde yükselme, anüri, oligüri vb. hepatotoksisite, nefrotoksisite ve nörotoksisiteye işaret eden klinik durumlar

4-Etil Alkol zehirlenmeleri:

Klinik bulguların da desteklemesi şartıyla, kan alkol düzeyinin 250 mg/dl ve üzerinde olması,

5-Metil Alkol zehirlenmeleri:

- Klinik bulguların da desteklemesi şartıyla, kan düzeyinin 30 mg/dl ve üzerinde olması,
- Görme fonksiyon bozukluğunun bulunması,

6-Tarım ilaçları zehirlenmeleri:

Klinik bulguların da desteklemesi şartıyla, antikolinesteraz enzim düzeyi ve diğer spesifik enzim düzeyleri ile ilgili bilgi ve kayıt bulunması ve bu düzeylerin literatürde belirlenen kritik düzeylerde olması,

7- Asfiksiden kurtulan olgular:

- Olayı takiben şuur kaybı oluşması; acil servise gelişte bilinç kaybı, pupillerde fiksasyon ve dilatasyon ile konvülsiyon, flask paralizi yada ağrılı uyaranlara cevap vermeme gibi nörolojik bulgulardan herhangi birisinin bulunması

- Olay yerinde ya da acil serviste kardiyo pulmoner resusitasyon uygulanması,

- Takibinde aspirasyon bulguları ve nörolojik bulgular gibi asfiksi komplikasyonlarının gelişmesi (pnömoni, amnezi vb.)

-Solunum sıkıntısı veya asfiksiye bağlı kardiyak patolojiler

8- Alt solunum yollarını ilgilendiren durumlar:

Alt solunum yollarını ilgilendiren bronkoskopi ile yabancı cisim çıkartılması ve/veya sonrasında belirgin klinik tablo oluşturan ve yatırılarak/yoğun bakım şartlarında tedavi gerektiren katı, sıvı aspirasyonu; duman, gaz ya da alev inhalasyonu durumlarında;

“Yaşamı Tehlikeye Sokan Durum Olduğu” kararı verilir.

DUYULAR VEYA ORGANLAR İLE KAS-İSKELET SİSTEMİNDEKİ YARALANMALARDA İŞLEVİN SÜREKLİ ZAYIFLAMASI YA DA İŞLEV YİTİRİLMESİ HUSUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında yer alan işlev zayıflaması ile 2. fıkrasında yer alan işlev yitimi durumlarının varlığının kabul edilebilmesi için, duyu veya organlardan birinin işlevindeki zayıflama ya da işlev yitiminin **sürekli** olması gerekmektedir.

Kişideki görme, işitme, koklama, tatma ve dokunma duyuları ile organlar ve ekstremitelerde (el, ön kol, kol, omuz, ayak, bacak, kalça) oluşan anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk, her bir duyu, organ veya ekstremitenin *kendi anatomik yapı veya fonksiyonuna göre* değerlendirilmelidir. Protez takılması durumunda da anatomik kayıp değerlendirilmelidir.

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

Duyu veya organ veya ekstremitedeki anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk, o duyu, organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapısı ve/veya fonksiyonuna göre % 10-50 (%50 dahil) arasında ise “işlevin sürekli zayıflaması”; % 50'den fazla ise “işlevin yitirilmesi” olarak değerlendirilmelidir. Her bir duyu, organ veya ekstremitedeki arazlar kendi içinde değerlendirilir, diğer duyu, organ veya ekstremitedeki arazların oranları ile toplama yapılmaz. Her biri için ayrı sonuç verilir. *Ceza kanunu çerçevesindeki bu değerlendirmeler, tazminat veya borçlar hukuku çerçevesindeki maluliyet, meslekte kazanma gücünden kayıp oranı veya engellilik oranları ile karıştırılmamalıdır. Ancak karar verilemeyen durumlarda maluliyet/engellilik listelerine göre bir oran hesaplanarak karar verilebilir.*

Kemik kırıklarının iyileşme sürecinin tamamlanmasından sonra bazı kişilerde ekstremitede fonksiyonel bir kayıp söz konusu olmazken bazı kişilerde fonksiyonel kayıp oluşabileceği, kemik kırıklarında işlev zayıflığı ya da işlev kaybı açısından iyileşme sürecinin tamamlanmasını takiben değerlendirme yapılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Vücutta duyu veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesine yol açan haller sadece aşağıdaki listedekilerle sınırlı değildir. Bunlar, adli tıbbi uygulamada sık karşılaşılan belli başlı durumlar olup, kemik kırıkları başta olmak üzere daha pek çok travmatik lezyon iyileşme aşamasında, vücutta kalıcı anatomik ve/veya fonksiyonel bozukluk bırakabilir. Yanık sekelleri, deride geniş yara skarları da doku ve organlarda sürekli işlev zayıflamasına neden olabilir. Bu tür durumlarda iyileşme sürecinin tamamlanmasını takiben son muayenede tespit edilen sekelin derecesi ve niteliğine göre değerlendirme yapılacaktır. Yumuşak doku kayıplarına bağlı sekeller, anatomik eksiklik olarak değerlendirilip, kayıp alanın yüzdesine göre karar verilebilir. Yanık sekellerinde ayrıca fonksiyonel kaybının değerlendirilmesi gerekir.

İşlev zayıflaması veya yitirilmesi ile ilgili olarak anatomik veya fonksiyonel kaybın derecesinin belirlenemediği durumlarda, konu ile ilgili uzman hekimlerden destek alınıp, sağlam organ/duyu/fonksiyonel yapıların işlevleri ile kıyaslamaya gitmek suretiyle değerlendirme yapılabilir.

Duyu veya organlar ile kas-iskelet sistemini oluşturan yapıların işlevinde, yaşa bağlı ya da non-travmatik başka nedenlerle zayıflama veya kayıp varken oluşan travma sonrası işlevdeki zayıflamanın arttığı veya işlevin yitirildiği durumlarda, son kısıtlık-önceki kısıtlılık şeklinde fark hesabı yapılmalıdır. Fark %10'dan fazla ise (%10 dâhil) işlev zayıflaması, fark %50'den fazla ise işlevin yitirilmesi olduğu kararlaştırılmalıdır.

Tablo 12: Duyu veya organların işlevinin sürekli zayıflaması ya da işlevin yitirilmesi açısından sık karşılaşılan belli başlı durumlar

KAFATASI	
5-25 cm ² kemik eksikliği	İşlevde sürekli zayıflama
25 cm ² den fazla kemik eksikliği	İşlevin yitirilmesi
Post travmatik epilepsi, organik beyin sendromu	İyileşme olanağı bulunmayan hastalık
KULAK	
Her kulak ayrı bir duyu organı olarak değerlendirilecektir.	
50 dB ≤ işitme kaybı ≤80 dB	İşlevde sürekli zayıflama
İşitme kaybı ≥ 81 dB	İşlevin yitirilmesi
GÖZ	
Her göz ayrı bir duyu organı olarak değerlendirilecektir.	
Görme kusurları	
Işık hissi, el hareketleri, parmak sayma, 1/10 - 2/10 - 3/10 görme dâhil	İşlevin yitirilmesi
4/10 - 5/10 - 6/10 - 7/10 görme dâhil	İşlevde sürekli zayıflama
Travmatik şaşılık	İşlevde sürekli zayıflama
Hemianopsi	İşlevde sürekli zayıflama
Travmatik sürekli epifora	İşlevde sürekli zayıflama
Travmatik total pitozis	İşlevde sürekli zayıflama
Diplopi	İşlevde sürekli zayıflama
Göğüs Organları	
Lobektomi	İşlevde sürekli zayıflama
Pnömoektomi	İşlevin yitirilmesi
Batın Organları	
Splenektomi	İşlevin yitirilmesi
Nefrektomi	İşlevin yitirilmesi
Terminal ileum hariç ince barsak rezeksiyonu (70-300 cm)	İşlevde sürekli zayıflama
Terminal ileum hariç ince barsak rezeksiyonu (300 cm üzeri)	İşlevin yitirilmesi
Terminal ileum rezeksiyonu	İşlevin yitirilmesi
Kalın bağırsak rezeksiyonu (hemikolektomi)	İşlevde sürekli zayıflama
Rektum ve anüs rezeksiyonu	İşlevin yitirilmesi
Sistektomi	İşlevin yitirilmesi
Safra kesesinin çıkartılması	İşlevin yitirilmesi
Genital Organlar	
Glans penis amputasyonu	İşlevin yitirilmesi
Tam penis amputasyonu	İşlevin yitirilmesi
Testis kaybı	İşlevin yitirilmesi

Ovaryum kaybı	İşlevin yitirilmesi
Uterusun kaybı	İşlevin yitirilmesi
Ekstremiteler	
El ve ayak parmak amputasyonları, el ve ayak fonksiyonlarında meydana gelen kayba göre değerlendirilir. Parmak amputasyonlarının seviyesine ve sayısına göre değerlendirme yapılır	
El bileği ve ayak bileği dahil olmak üzere el bileği ve ayak bileği üstü amputasyonlar	İşlevin yitirilmesi
El başparmağı amputasyonları	İşlevde sürekli zayıflama
Diğer el parmaklarından 2. ve 3. parmak amputasyonları	İşlevde sürekli zayıflama
Ayak başparmağı veya diğer parmaklar tek başına	İşlevde sürekli zayıflama veya yitirme olarak değerlendirilmez.
Füzyon ameliyatı yapılmış vertebral omur yaralanmaları	İşlevde sürekli zayıflama
Hemipleji ve parapleji	İyileşme olanağı bulunmayan bir hastalık İşlevin yitirilmesi
Protez takılması*	İşlevin yitirilmesi
Arteriel greft uygulanması	İşlev zayıflığı

*Protez takılan organın protez takılmadan önceki durumu dikkate alınarak anatomik kaybına göre değerlendirme yapılır.

DİŞLER

Dişlerin çiğneme ve konuşma fonksiyonları yönünden değerlendirilmesinde; her bir diş çeşidi için ayrı puanlama yapılmıştır. Diş kayıplarında puanların toplamı 15-30 arasında ise; işlevin sürekli zayıflaması, 30'un üzerinde ise; işlevin yitirilmesi olarak kabul edilecektir. Puanlama şöyle yapılacaktır:

Kanin: 4,5
Kesici: 4
Premolar: 3
1. ve 2. Molar: 3
3. Molar: 0,5

Diş kayıplarına eşlik eden alveol kırıklarında, yukarıdaki puanlara birer puan eklenir.

TRAVMA SONRASI GELİŞEN RUHSAL BOZUKLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Travma sonrası gelişen ruhsal bozukluklarla ilgili yaralanmanın/travmanın kişi üzerindeki etkisine karar verilirken travmanın şiddeti, ruhsal etkilenimin süresi, hastanın klinik durumu ve işlevselliği ve nedensellik gibi faktörler değerlendirilerek karar verilir. Ruhsal etkilenimlerle ilgili olarak tespit edilen tablonun basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde HAFİF OLDUĞU/OLMADIĞI yönünde karar verilir.

Tespit edilen ruhsal tablonun duyulardan veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflamasına ya da yitirilmesine neden olup olmadığı hususunda ise ruhsal etkilenim düzeyi ile ilgili maluliyet/engellilik listelerinden yararlanılmak sureti ile görüş bildirilebilir.