

IMPORTANȚA ÎNTOCMIRII CORECTE A ÎNSCRISURILOR MEDICALE ȘI ÎNSEMNĂTATEA LOR JURIDICO-PENALĂ

Lilia GÎRLA

Catedra Drept Penal și Criminologie

This article is dedicated to the most disputable question of the correct introducing of medical data and its importance for the Criminal law. A great deal of legal problems is to be solved. First of all, the judicial practice meets some obstacles because of the impossibility to identify the document performed by the physician. Secondly, in some cases there are introduced the data which totally or partially denaturizes the objective reality regarding the state of patient's health. At the same time, there were shown general problems and deficiencies in the managing of medical documentation inside the hospitals and other medical institutions from the Republic of Moldova. In the base of our study we have formulated several conclusions, which are strongly recommended in order to be taken into consideration during judicial trials on medical malpractice.

Cunoașterea și respectarea legislației în vigoare privind întocmirea actelor medicale este obligatorie pentru orice cadru medical. Respectând aceste prevederi legale, medicul se protejează de eventuale consecințe negative ce decurg din activitatea sa și conferă actului medical o calitate sporită. Altfel spus, orice document medical este în același timp și un precursor al unui act medico-legal.

Din practica medicală existentă rezultă că înscrisurile medicale puse la dispoziție nu îndeplinesc adesea un minim de calitate din nici un punct de vedere. Identificarea documentului este greoaie, deoarece nu se înțeleg cuvinte și fraze întregi din cauza scrisului ilizibil [1]. Calitatea parafelor și a ștampilelor folosite este foarte slabă. Astfel, nu sunt completate rubrici obligatorii într-o foaie de observație, cum ar fi: motivele internării, examenul obiectiv pe aparate, protocoalele operatorii, evoluția bolnavului, tratamentul medicamentos aplicat etc. Dacă, totuși, unele aspecte sunt notate, acestea sunt făcute formal sau lacunar.

De menționat că documentația medicală joacă un rol semnificativ în educarea și formarea tinerilor specialiști în calitate de medici profesioniști. În literatura medico-legală tot mai frecvent este abordată problema privind calitatea fișelor medicale și corectitudinea perfectării lor, aceste documente având o valoare probatorie înaltă la calificarea juridică a infracțiunilor. Astfel, fișele medicale au o diversă semnificație: clinică, epidemiologică, instructiv-educativă, medico-legală, administrativă, științifică etc.

Referitor la asigurarea instituțiilor medico-sanitare cu formularele de evidență medicală primară și calitatea întocmirii lor, sunt rezerve majore în majoritatea instituțiilor. Formularele de evidență medicală sunt adaptate și constau din diferite caiete și registre, care nu conțin informația necesară și, deci, necesită a fi liniate și întocmite de către personalul medical, care este supraîncărcat cu completarea diferitelor formulare.

Conducătorii unor instituții medico-sanitare nu sunt responsabili de evidența și asigurarea condițiilor de păstrare a documentației medicale. În urma evaluării stării arhivelor în unele instituții medico-sanitare efectuate în luna mai 2010 de către Serviciul de Stat de Arhivă, s-a constatat că numai 60% din ele dispuneau de încăperi separate pentru păstrarea documentelor și aveau numite prin ordin persoane responsabile de arhive, în încăperi nu sunt create condiții favorabile pentru păstrarea documentației sau acestea sunt amplasate în subsoluri (SR Telenești, Ungheni etc.), având umiditatea mărită cu pericol de inundații [3].

Documentația medicală de bază a bolnavului (fișa medicală de staționar și fișa medicală de ambulator) sunt întocmite de către personalul medical și servesc la fixarea informațiilor referitoare la diagnosticarea maladiei (traumei), evoluția procesului patologic în dinamică și la tratamentul aplicat [4]. Documentația medicală, la general, reprezintă o bază informativă pentru alte cercetări curative și științifice, pentru evidența statistică, servește adesea drept sursă de informații pentru expertizele medico-legale, în special în cazurile de traumatisme sau probleme ce țin de calitatea asistenței medicale de care a beneficiat pacientul.

Concluziile expertizei medico-legale rezultă dintr-o analiză minuțioasă a tuturor informațiilor conținute în fișele de staționar și în alte acte medicale. Prin urmare, documentația medicală reprezintă un act important și în procedura judiciară, de aceea necesită să fie și o sursă de informații veridice și precise. În același timp, fișa medicală nu admite falsificări și distorsiuni ale informațiilor și faptelor veridice.

Rezultatele evaluării fișelor medicale demonstrează că în majoritate acestea conțin neajunsuri, mai multe sau mai puține. Neajunsurile nesemnificative, lipsite de consecințe, vizează, de regulă, completarea inadecvată a unor compartimente, cum ar fi: lista de evidență a diagnosticelor precizate și întocmirea tichetelor statistice, completarea necorespunzătoare a compartimentului diagnostic de pe antetul fișei de staționar, lipsa datei de stabilire a diagnosticului și omiterea indicării maladiilor concomitente sau a complicațiilor maladiei de bază în diagnosticul definitiv, prescurtarea epicrizei, abrevierea nejustificată a informației etc. [5].

În majoritatea instituțiilor medico-sanitare, nemaivorbind de cele amplasate în UTA Gagauzia, se întâlnesc acte medicale întocmite în limba rusă, ceea ce contravine Legii Republicii Moldova „Cu privire la funcționarea limbilor vorbite pe teritoriul republicii”, nr.3465 din 01.09.1989 (CMF Dubăsari etc.) [6].

Spre regret, pe lângă neajunsurile nesemnificative sunt depistate și diverse neajunsuri semnificative, care pot avea consecințe nefaste asupra actului medical, argumentării diagnosticului clinic, evaluării calității serviciilor medicale etc. Asemenea neajunsuri vizează toate compartimentele fișei medicale: examenul primar, respectarea standardelor medicale de diagnostic și tratament, PCN și instituționale, intervențiile chirurgicale, consultațiile specialiștilor de alt profil, manipulațiile curativ-diagnostice, evidența zilnică a pacientului etc.

Fiind un document juridic, fișa medicală trebuie completată la timp și sistematic, citeț, neadmițându-se corecții și adăugiri. Corecțiile și adăugirile în fișele medicale sunt inadmisibile, deoarece sunt interpretate de către organul de urmărire penală drept intervenții post-factum și chiar drept tentativă de falsificare a actelor publice, faptă cu caracter penal. Asemenea intervenții sunt constatate deseori în fișele medicale. Tratamentul medicamentos conform protocoalelor clinice și standardelor medicale se respectă parțial [7]. Aici sunt deseori întâlnite elemente de polipragmazie, asocieri periculoase ale medicamentelor, administrarea schemelor vechi de tratament, asocierea *in vitro* a câte 4-5 preparate, care în final pot să conducă la formarea unor substanțe toxice, administrarea unui număr imens de medicamente la un pacient (în jur de 20), administrarea preparatelor antagoniste etc. (spitalul MAI etc.) [8].

Un aspect ușor de depistat dar foarte grav este obișnuința de a „completa” diverse acte medicale, dar mai ales foaia de observație clinică, după ce bolnavul a fost externat din spital sau după ce acesta a decedat, atunci când, eventual, a început cercetarea disciplinară sau penală a cazului. Fapta poate fi încadrată ca abuz de serviciu, fals intelectual, deci aparținând domeniului penal.

Respectând legislația în vigoare, ce reglementează activitatea medicală, personalul medical are un dublu câștig:

– în primul rând, cel care completează corect un act medical se pune la adăpost de eventuale sancțiuni disciplinare, civile sau penale, după caz;

– în al doilea rând, calitatea actului medical este sporită prin acuratețea sa științifică și valoarea sa probatorie.

Înscrierile medicale trebuie să aibă mai multe calități. Așadar, ele trebuie să conțină date obiective, reale, actualizate, privind:

✓ *Stabilirea instituției* care a emis actul medical, inclusiv antetul instituției, ștampila sa, precum și un număr de înregistrare care să se regăsească în registrele unității emitente.

✓ *Identificarea medicului curant* sau a personalului medical care l-a întocmit. Identificarea medicului care, eventual, a eliberat actul trebuie să se facă prin aplicarea parafei sale, iar identificarea instituției din care pornește actul – prin aplicarea ștampilei corespunzătoare sau, mai nou, prin aplicarea unor holograme personalizate și/sau a unor „timbre seci”.

✓ *Examinarea obiectivă a pacientului*. Este interzisă eliberarea actului medical fără examinarea nemijlocită a pacientului. Trebuie notat cu claritate numele persoanei (pacientului), vârsta ei, domiciliul, eventual cu menționarea codului său numeric personal. În practica medicală europeană se întâlnesc situații (destul de rare) în care, pentru siguranță, pacientul trebuie identificat cu amprenta degetului index de la mâna stângă. În foile de observație clinică, rubricile referitoare la examenul clinic obiectiv trebuie completate în concordanță cu adevărată simptomatologie și stare clinică a pacientului. Când pacientul are mai multe diagnostice, se notează toate și nu se face o selecție a bolilor pe care le prezintă acesta.

✓ *Evoluția stării pacientului* în cursul spitalizărilor trebuie notată riguros, zilnic, cu menționarea unor evenimente care ulterior pot avea semnificație cu consecințe juridice. Sunt foarte riscante aprecierile ambigue, dar și supra- sau subestimarea din orice punct de vedere a stării pacientului prin supra- sau subdiagnosticare. Trebuie notat, cu obiectivitate, exact în ce a constat actul medical de care a beneficiat pacientul, în sensul că

trebuie notate toate manoperele medicale efectuate, incidentele sau accidentele apărute în cursul acestora, efectele secundare, complicațiile etc. De asemenea, obligatoriu, trebuie notate tentativele de suicid, refuzul medicației sau al alimentelor, dar și anumite incidente, cum ar fi căderi accidentale, autovătămări, automedicație.

✓ *Obținerea în scris, sub semnătură, a consimțământului informat* din partea pacientului în cazul efectuării manoperele medicale riscante ce pot prezenta pericol pentru sănătatea și viața lui. Acest înscris are o valoare juridică deosebită.

✓ *Completarea documentelor medicale trebuie să fie corectă și perfect lizibilă.* Dacă înscrisurile medicale se fac „de mână”, scrisul trebuie să fie perfect lizibil. Orice înscris medical trebuie completat respectându-se toate rubricile sale, cu un scris perfect lizibil sau, mai bine, folosind un mijloc de tehnoredactare și tipărit la o imprimantă. Majoritatea actelor medico-legale (constatări, expertize etc.) au ca punct de plecare acte medicale întocmite în spitale sau în cabinetele medicilor de familie (cum sunt foile de observație clinică, adevărurile, registrul de consultații, rețetele, scrisorile medicale etc.), în cea mai mare parte atunci când ele sunt scrise de mână, sunt ilizibile și creează mari dificultăți în „descifrarea” conținutului lor.

Ca urmare, nici o activitate medicală, chiar aparent de mică însemnătate și amploare, nu trebuie să rămână neînregistrată într-un document medical oficial.

Astfel, o consultație la un ambulator de specialitate, soldată, de exemplu, cu administrarea unei injecții sau cu un tratament local, trebuie înregistrată în registrul de consultații, iar bolnavului i se eliberează, obligatoriu, un act medical tip adeverință, în care se menționează data și ora prestației medicale, diagnosticul și tratamentul aplicat. Același mod de lucru trebuie să existe și în cabinetele medicilor de familie.

În situația în care trebuie întocmite acte referitoare la *cadavre* (certificat medical constatator al decesului, certificat de îmbălsămare și transport), acestea se vor elibera numai după examinarea cadavrului și constatarea semnelor morții reale, precum și a unor eventuale leziuni de violență sau semne de tratament medical. Certificatul medical constatator al decesului se eliberează numai după prealabila examinare a cadavrului. În situația persoanelor de mult timp decedate, referirile se vor face doar de către medicul curant al fostului pacient și se vor baza pe acte medicale autentice care se află în arhiva cabinetului sau a secției în care acesta își desfășoară activitatea.

În situația în care în act se menționează *leziuni de violență*, descrierea acestora trebuie făcută respectându-se semiologia medico-legală, adică trebuie menționată forma, dimensiunile, aspectul, culoarea, direcția, numărul și localizarea topografică de precizie.

Reieșind din cele expuse mai sus, putem ajunge la următoarele *concluzii*:

✓ legislația referitoare la acordarea asistenței medicale în Republica Moldova trebuie completată, în sensul că trebuie de precizat, sub sancțiunea unor pedepse în caz de nerespectare, că toate înscrisurile medicale trebuiesc tehnoredactate. Notațiile „scrise de mână” trebuie să fie o excepție. Ideal ar fi ca pe un document medical singurul lucru scris de mână să fie semnătură;

✓ unii termeni medicali, mai ales anatomici, trebuie universalizați și notați în limba latină;

✓ orice abatere de la principiul obiectivității înscrisurilor medicale care trebuie să oglindească numai realitatea clinică obiectivă a pacientului poate să ia un aspect juridic (disciplinar, civil sau penal, după caz):

– este interzisă eliberarea pentru bolnavi a unor certificate de complezență sau rapoarte tendențioase;

– orice act medical va oglindi realitatea obiectivă, medicul poate emite certificate, atestate și documente permise de lege pe baza propriilor sale constatări și a examenelor necesare în acest scop;

– este interzis ca informațiile medicale să fie prezentate deformat sau ascunse;

– documentele medicale vor respecta forma prevăzută de lege;

– documentele medicale nu trebuie să conțină mai multe date decât este necesar scopului pentru care acestea sunt întocmite și eliberate.

Referințe:

1. Andone A.R. Considerații privind calitatea serviciilor medicale // Acta Medica Transilvanica, 2009, vol.II, nr.1, p.8.
2. Baci Gh. Particularități ale standardizării și valorificării activității medicale // Sănătate publică, economie și management în medicină (Chișinău), 2008, nr.1 (23), p.11-14.
3. Notă informativă privind calitatea serviciilor medicale în contextul rezultatelor evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare pe anul 2010, aprobată de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova (Publicată pe site-ul oficial al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova).

4. Pădure A. Valoarea documentelor medicale în evaluarea calității asistenței medicale // Materialele Conferinței științifice dedicate jubileului de 190 ani de la fondarea SCR. – Chișinău, 2007, p.173-176.
5. Ibidem.
6. Notă informativă privind calitatea serviciilor medicale în contextul rezultatelor evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare pe anul 2010, aprobată de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova (Publicată pe site-ul oficial al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova).
7. Baciu Gh. Particularități ale standardizării și valorificării activității medicale // Sănătate publică, economie și management în medicină (Chișinău), 2008, nr.1 (23), p.11-14.
8. Notă informativă privind calitatea serviciilor medicale în contextul rezultatelor evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare pe anul 2010, aprobată de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova (Publicată pe site-ul oficial al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova).

Prezentat la 16.11.2011