

Zalecenia metodyczne w zakresie sądowo-lekarskiego badania obrażeń ciała (obdukcji)

Niniejszy dokument wraz z załącznikami stanowi zbiór zaleceń dla lekarzy/lekarek wykonujących sądowo-lekarskie badania pokrzywdzonych, opracowanych w celu ujednoczenia dokumentacji opiniodawczej w zakresie oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu u osób żywych.

Schemat rutynowego działania dotyczy dokumentowania obrażeń zewnętrznych (lub ich braku), nie obejmuje natomiast oceny odległych następstw urazu oraz przypadków szczególnych.

Uwaga: załącznik nr 1 zawiera graficzny odpowiednik zaleceń – algorytm badania osoby pokrzywdzonej

1. Część formalna

- Data badania, godzina badania (zwłaszcza w razie opisu następstw zdarzenia z ostatniej doby).
- Miejsce przeprowadzenia badania – dopuszczalna pieczętka lub identyfikator nagłówekowy.
- Cel badania (np. opis doznanych obrażeń ciała i ustalenie stopnia uszczerbku na zdrowiu).
- Zleceniodawca badania (organ procesowy, firma lub osoba, np. pokrzywdzony).
- Dane identyfikujące badającego (imię, nazwisko, specjalizacja, funkcja) – np. pieczętka.
- Osoby obecne podczas badania (np. opiekun, funkcjonariusze, tłumacz).

2. Weryfikacja tożsamości osoby badanej

Należy odnotować numer dokumentu tożsamości. W przypadku jego braku (np. kradzież podczas napasici), tożsamość ustala się na podstawie zaświadczenia lub oświadczenia osoby towarzyszącej.

3. Metodyka badania podmiotowego (wywiad)

Wywiad sądowo-lekarski ukierunkowany na rekonstrukcję mechanizmu urazu oraz ustalenie rzeczywistych następstw zgłaszanego zdarzenia.

Okoliczności zdarzenia

- Zwięzła relacja nt. czasu, okoliczności i przebiegu zdarzenia.
- Określenie wersji badanej osoby nt. sposobu (mechanizmu) powstania obrażeń, o ile to możliwe pozycji ciała, rodzaju użytego narzędzia (np. pięść, but, inne narzędzie tępe lub ostre) oraz liczby ciosów zadanych w poszczególne okolice ciała.
- Różnicowanie sposobu działania każdego ze sprawców, jeśli było ich więcej.

Uwaga: nie ma potrzeby określania personaliów uczestników zdarzenia.

Objawy występujące bezpośrednio po urazie oraz skargi w chwili badania

- Nie pytamy wprost o utratę przytomności – zaburzenia świadomości oceniamy na podstawie tego, co badana osoba pamięta z przebiegu zajścia, a nie dowiedziała się od osób postronnych.
- Skargi na nudności, wymioty, zaburzenia widzenia i inne dolegliwości bezpośrednio po urazie.
- Informacja czy pokrzywdzony korzystał z pomocy medycznej po zdarzeniu i w jakim zakresie.
- Charakter dolegliwości zgłaszanych w momencie badania – lokalizacja bólu i ew. ograniczeń ruchomości lub innych zaburzeń funkcji (np. słyszenia, ostrości widzenia, drożności nosa itp.).

Stan zdrowia przed zdarzeniem

Należy pytać o choroby przewlekłe, wcześniejsze urazy i przyjmowane leki (np. przeciwkrzepliwe) – ocena ewentualnego wpływu schorzeń samoistnych na stwierdzony stan.

4. Istotne dane z dokumentacji medycznej (jeśli badany korzystał z pomocy medycznej po zdarzeniu)

Opinia powinna integrować dane z badań klinicznych i obrazowych.

- **Źródło danych:** należy podać pełną nazwę placówki wystawiającej dokument (np. SOR, oddział szpitala, POZ, ambulatoryjna opieka specjalistyczna) oraz datę udzielenia świadczenia.
- **Rozpoznanie oraz wyniki badań i obserwacji:** zalecana selekcja informacji w kontekście weryfikowanych obrażeń i zgłaszanych dolegliwości subiektywnych.
- **Badania obrazowe:** rodzaj badania (USG, TK, MR, RTG), metodyka badania (protokoły, projekcje, podanie kontrastu itd.), istotne dane odnośnie do zmian urazowych i chorobowych.

Uwaga: wskazane jest wykonanie kopii elektronicznego zapisu wyniku badań obrazowych do ewentualnych badań porównawczych.

5. Metodyka badania przedmiotowego (ogłędziny)

Celem badania (obdukcji) jest obiektywizacja obrażeń i ustalenie ich charakteru. Zakres badania powinien uwzględniać rodzaj zgłaszanych skarg i w razie potrzeby wykraczać poza okolice zgłaszanych urazów. Zakres przeprowadzonego badania może zostać ograniczony do okolic urazów wskazywanych przez pokrzywdzonego, co powinno zostać odnotowane w sprawozdaniu.

- **Orientacyjne badanie neurologiczne:** próba Romberga z testem palec-nos, ocena reakcji źrenic na światło oraz symetrii unerwienia twarzy, ew. objawy oponowe i zaburzenia motoryczne.
- **Ocena funkcjonalna:** opis sprawności ruchowej (obserwacja zachowania w gabinecie: sposób chodzenia, siadanie, wstawanie, rozbieranie i ubieranie się). W przypadku urazów kończyn, kręgosłupa i miednicy zaleca się testy specyficzne adekwatne do zgłaszanych objawów.
- **Weryfikacja "negatywna":** odnotowanie braku obrażeń w okolicach nieobjętych zgłaszanym urazem (np. „w zakresie badanych okolic ciała nie stwierdza się innych uchwytnych obrażeń”).

6. Zasady opisywania obrażeń

Każde obrażenie musi posiadać określoną lokalizację anatomiczną.

Uwaga: ryciny 1-4 przedstawiają aktualne mianownictwo anatomiczne okolic i linii ciała.

- **Parametry opisu:** rodzaj (otarcie, podbiegnięcie, rana), wymiary w centymetrach (nie przez porównanie do przedmiotów), kształt, barwę oraz stan brzegów.
- **Podbiegnięcia krwawe** (tzw. sińce): należy opisać dominujący kolor (np. siny, zielonkawy, żółty), pod kątem oceny czasu powstania obrażenia (z uwzględnieniem centrum i obrzeża).
- **Otarcia naskórka:** należy opisać kształt i kierunek przebiegu oraz cechy ewolucji.
- **Rany:** standard opisu powinien obejmować charakterystykę wyglądu obrażenia (otoczenie, brzegi, ściany, dno), zaś określenie typu rany może pojawić się we wnioskach końcowych.

Przy opisie zwracamy uwagę na **cechy dystynktywne** umożliwiające odniesienie się do mechanizmu, np. odwzorowania mogące odpowiadać protektorowi buta lub kształtowi narzędzia.

Uwaga: szczegółowy algorytm opisu wyglądu obrażeń przedstawiono w załączniku nr 2

- **Uzębienie:** przy opisie obrażeń, celem ułatwienia kwalifikacji następstw, wskazane stosowanie klasyfikacji Ellisa (np. klasa III – złamanie z obnażeniem miazgi, klasa V – wybite zęba).
- **Urazy nosa:** wskazana ocena stopnia drożności przewodów nosowych na podstawie skraplania wydmuchiwanego powietrza na płaskiej powierzchni szklanej lub metalowej.

7. Czynności fakultatywne – wykonywane w miarę możliwości i potrzeb

- wykonanie szkicu stwierdzonych obrażeń na topograficznym schemacie ciała
- sporządzenie uzupełniającej dokumentacji fotograficznej (za zgodą badanej osoby):
 - zdjęcia orientacyjne
 - fragmentaryczne
 - szczegółowe (ujęcia makro) ze skalówką
- przeprowadzenie dodatkowej konsultacji specjalistycznej, np. radiologicznej, okulistycznej
- zabezpieczenie materiału do badań dodatkowych (w krótkim czasie od zajścia):
 - pobranie krwi i moczu w razie podejrzenia podania środków psychoaktywnych
 - pobranie wymazów w sytuacji podejrzenia przestępstw na tle seksualnym

8. Dane uzyskane w trakcie badania kontrolnego

W sytuacji braku możliwości dokonania jednoznacznej oceny stopnia ciężkości obrażeń (przypadki z pogranicza lekkiego i średniego uszczerbku na zdrowiu) zaleca się ponowne badanie około 8 dnia w celu ostatecznej kwalifikacji. Kontrolne badanie przedmiotowe zorientowane jest na ocenę ewolucji zmian urazowych oraz utrzymywanie się obiektywnych objawów pourazowego deficytu funkcji (naruszenia czynności narządu ciała lub możliwego do zweryfikowania rozstroju zdrowia).

9. Wnioski końcowe

Wnioski muszą zawierać odpowiedź na pytania organu procesowego lub realizować cel badania. Powinny zawierać co najmniej:

- **Podsumowanie obrażeń i zaburzeń funkcjonalnych** stwierdzonych u badanej osoby.
- **Ocenę stopnia ciężkości uszczerbku na zdrowiu** (kwantyfikację następstw urazu) z krótkim uzasadnieniem – *vide algorytm przedstawiony w załączniku nr 3.*
- **Odniesienie się do związku przyczynowego:** stwierdzenie, czy obrażenia mogły powstać w czasie i okolicznościach podanych w wywiadzie lub w pytaniach organu zlecającego.

Uwaga: w niektórych przypadkach można pominąć ocenę stopnia uszczerbku oraz odniesienie do wersji zgłaszanej przez badanego, jeśli wyniki przeprowadzonego badania nasuwają istotne wątpliwości w tym zakresie, a dostępne dane nie pozwalają na ich rozstrzygnięcie.

10. Wydanie wyniku badania:

Wynik prywatnej obdukcji wydawany jest zleceniodawcy. W innych przypadkach sprawozdanie z opinią można wydać osobie badanej tylko na pisemne polecenie organu zlecającego.

Załącznik 1 – Algorytm badania osoby pokrzywdzonej

Ryciny 1-4 – Linie topograficzne oraz okolice ludzkiego ciała

Załącznik 2 – Szczegółowy algorytm opisu obrażeń zewnętrznych

Załącznik 3 – Algorytm różnicowania lekkiego i średniego uszczerbku na zdrowiu

Bibliografia:

1. Smędra A., Kubiak R., Berent J.: Rodzaje uszczerbków na zdrowiu. *Prokuratura i Prawo* 2021 (3): 5-11. www.gov.pl/attachment/3d11c207-5e8a-4570-a139-233ee7d532d5
2. Teresiński G. *Medycyna sądowa, zadania lekarza związane z opiniodawstwem sądowym.* W: Patryn R (red.) *Zagadnienia prawa medycznego dla studentów kierunków medycznych i osób wykonujących zawody medyczne.* PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2025, s. 25-62.
3. Teresiński G. (red.) *Medycyna sądowa Tom 1-3.* PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019-2021. Rozdziały 067-082, 085-087, 185-192, 375-396, 408-422, 482-483, 497, 499.

Uwaga:

Załącznik nr 3 oraz Ryciny 1-4 pochodzą z podręcznika *Medycyna sądowa Tom 1-3* (red. G. Teresiński) – odpowiednio ryciny 411-1 oraz 376-1 – 376-4, udostępnione za zgodą Wydawcy do wykorzystania w celach poglądowo-dydaktycznych.