

Jinekolojik Ameliyatlarda Aydınlatma ve Onam Formunun Önemi

The Importance of Informing Patients and Taking Consent Form in Gynecological Surgeries

 Samet BAYRAK^a

^aTürk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği,
Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/Correspondence:
Samet BAYRAK
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği,
Ankara, Türkiye
bayraksamet27@hotmail.com

ÖZET Hastalar, sağlık durumu, konulan tanı, önerilen tedavi yöntemi, tedavinin riskleri, ilaçların olası yan etkileri, tedaviyi kabul etmeme durumundaki sonuçlar hakkında aydınlatılmalıdırlar. Aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna uygun ve hasta tarafından anlaşılabilir olmalıdır. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Onam, baskı, tehdit eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar, hastanın reşit olmaması, bilincinin kapalı olduğu veya karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünülüyorsa ve hastanın yaşamını tehdit altındaysa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bu mümkün olmadığında hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır veya yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Tedavisi yasalara zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Cerrahi girişimler öncesi aydınlatma ve onam en az 24 saat önce alınmalıdır ve hastanın, vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alma hakkı olduğu bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik ameliyat; aydınlatma; onam formu

ABSTRACT Patients should be informed about their health status, diagnosis, recommended treatment method, the risks of treatment, possible side effects of drugs, and the consequences of not accepting treatment. The information should be appropriate for the patient's cultural, social and mental state and should be understandable by the patient. All treatments can be made with the free decision and informed consent of the person. Consent is void if obtained through coercion, threat, incomplete disclosure or deception. In emergency cases and in cases where the patient is underage, unconscious or unable to make a decision, the permission of the legal representative is obtained. If it is thought that the representative's refusal to give permission is based on bad faith and the patient's life is threatened, the situation should be reported to the judicial authorities and permission should be obtained. When this is not possible, the physician can consult another colleague or simply attempts to save life. Even if the informed consent of the patient or his legal representative is not obtained, the necessary treatment is given because the diseases whose treatment is compulsory by law threaten the public health. Informing and consent should be obtained at least 24 hours before surgical interventions, and it should be known that the patient has the right to withdraw the informed consent given at any time.

Keywords: Gynecological surgery, informing patients, consent form

Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılacak biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Bayrak S. Jinekolojik ameliyatlarda aydınlatma ve onam formunun önemi. Ertekin AA, editör. Her Yönüyle Miyoma Uteri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.66-70.

onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamayı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalara zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır.

Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.¹ Cerrahi girişimler öncesi mutlaka aydınlatma ve onam en az 24 saat önce alınmalı, çünkü cerrahide aynı gün alınan elektif girişimler için yargı da bazen sorun yaratmaktadır.

Gerek poliklinik ve gerekse hospitalize edilen olgularda kayıtlar mutlaka muntazam tutulmalıdır.

Çünkü: NELERE DİKKAT ETMELİYİZ

- Doktor hastalığın iyileşeceği konusunda garanti veremez, ilme ve tıp kurallarına uygun olarak tedavisini yapar.
- Hukuki hata nedeniyle doktorun kendini koruması için kayıtlar çok dikkatli tutulmalı ve bunlar korunmalıdır.
- Hasta dosyaları günlük doktorluk yükünün ağırlığı nedeniyle ihmal edilen bir konudur.
- Oysa dosyanın iyi tutulması hem yasal bir zorunluluktur, hem de ayrıntılı biçimde kayıt altına alınan bilgiler yargıda doktor lehine kanıt olabilmektedir.
- Doktor kaydını iyi tutarsa davacı, doktorun kusurunu ispat etmek zorundadır.
- Aksi halde, iyi kayıt yoksa doktor kusursuz olduğunu ispat etmek zorunda kalabilir.
- Hekimin sorumluluğu ancak kusurlu uygulama hatasından dolayıdır.
- Buna karşılık komplikasyon dolayısıyla hekim sorumlu tutulamaz.
- Tıbbi müdahaleler izin verilen risk kapsamında değerlendirilmelidir.

- Tıbbi müdahalelerde her an zararlı bir neticenin meydana gelme durumu söz konusu olabilir.
- Gerekli özen ve dikkat gösterilse bile meydana gelen olumsuz neticeler tıbbi müdahalelerin normal sapmaları, rizikoları olarak değerlendirilmektedir.
- Yapılan ameliyat beklenen iyi sonucu vermemiş olsa dahi, tıp ilminin kabul edilen kurallarına uygun bir müdahale yapılmış ise doktora kusur izafe edilemeyeceğinden meydana gelen sonuçtan dolayı sorumluluğu yoluna gidilemez.

STANDART UYGULAMALAR NELERDİR?

- Anamnez (yakınma-sağlık öyküsü) alma
- Muayene
- Tanı metotlarını kullanma
- Yorum yapma (Bilgilendirme)
- Aydınlatılmış onam formu
- Müdahaleler yapma
- İstenmeyen komplikasyonları bilme
- Beklenmeyen komplikasyonları bilme
- Bakım yapma
- Takip/kontrol yapma

HASTA DOSYALARI

- Hastanın anamnezi, fizik, jinekolojik, obstetrik muayene bulguları
- Görüntüleme ve laboratuvar sonuçları
- Yapılmışsa konsültasyon notları
- Hemşirelik bakım hizmet kayıtları
- Yapılan tıbbi tedavi ve operasyon notu
- Günlük izlem bulgularını içermelidir
- Dosya hekimin teşhis ve eylemlerini destekleyecek yeterli derecede veri içerirse haksız iddialara karşı savunma kolaylaşır.

Diğer taraftan dosyadaki önemli bulguların eksikliği hekimin doğru hareket ettiği yolundaki savunmasını kanıtlamada başarısız kalmasına yol açabilir.²

KOMPLİKASYONLAR

Oluşması ihtimali tahmin edilebilen

- Fakat önlenemeyen

- İstenmeyen zararlı sonuçlardır.
- Tıbbi müdahaleler sonucunda oluşan komplikasyonlar, müdahale öncesinde hastanın bilgilendirilmiş olması;
- Usulüne uygun rızasının alınmış olması
- Sonucun oluşmasında ihmal, tedbirsizlik gibi kusurların bulunmaması şartları ile hekimin sorumluluğu yoktur.

Yukarıda ki bilgilerin ışığında özetle kayıtların muntazam bir şekilde tutulması ileride oluşabilecek hukuki sorunlar için çok önemli belgelerdir.

Aşağıda TAH + BSO yapılan bir hastada bilahare gelişen bir komplikasyon nedeniyle tarafımdan istenen uzmanlık görüşü raporunu sunmak isterim. Burada yapılan tetkik ve konsültasyonların muntazam bir şekilde dosyaya kayıt edilmiş olduğunu görmekteyiz.

UZMAN GÖRÜŞÜ

Uzman görüşü isteyen : Op. Dr.....

Uzman görüşü istenen hasta :

Dosya No :

Hastane :

OLGUNUN İRDELENMESİ

Adı geçen hasta yapılan muayene sonucunda son adet tarihi 03.05.2016 olan hastada uterusu en büyüğü 51 mm'lik multipl myom tespit edilip 15.06.2016 tarihinde ameliyata karar verilir, aynı gün ameliyat öncesi gerekli kan tetkikleri ile hasta anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği ile 15.06.2016 tarih, saat: 09.00'da konsülte edilmiş, **anestezi için hasta....., yakını..... tarafından okudum, anladım kabul ediyorum şeklinde onam verdikleri dosya tetkikinden anlaşıldı. Yine tarafıma gönderilen dosyanın incelenmesinde; rahim alınma ameliyatı (histerektomi yumurtalıkların ve tüplerin iki-tek taraflı olarak çıkartılması salpingooforektomi)veya yerinde bırakılması rıza belgesi'nin de hastave yakınıtarafından okudum, anladım, kabul ediyorum şeklinde yapılacak ameliyatla ilgili olur verdikleri 15.06.2016 tarih, saat:09.34'de ki evraktan öğrenildi.**

Dosya tetkikinde hastanın daha önce sezaryen ve apendektomi ameliyatları geçirdiği kayıtlarına rastlandı.

Tüm bu hazırlıklar yapıldıktan sonra, hastanın aynı gün saat: 10.30 civarında ameliyata alınıp, ameliyat notunda " Hasta spinal anestezi altında steril şartlarda hazırlandı. Batına PF kesi ile girildi. Gözlemede uterus multipl en büyüğü 5cm'lik

miyom izlendi. Uterus posteriorda bağırsak ansları anteriorunda mesaneye yapıştı. Yapışıklıklar keskin ve künt diseksiyonla ayrıldı. Overler normaldi. Bilateral ligamantum rotundumlar tutulup kesilip bağlandı, ligamanlar TKB, vajene girildi. Vajen köşeleri tutuldu. Vajene 1 adet iyotlu rulo gaz yerleştirildi, uterus overler total çıkarıldı. Vajen kafi sütüre edildi. Kanama kontrolü temizlik takibinde batın katlarına uygun kapatıldı" notuna rastlandı.

Ameliyat sonrası aynı gün yapılan 15.06.2016, saat: 14.14'de yapılan kontrol hemogram kontrolünün yapıldığı, ameliyatın ertesi günü 10.06.2016 günü saat: 07.51'de ise aynı tahlilin tekrarlandığı ve sonuçlarının normal olduğu dosya tetkikinden anlaşıldı.

Bilahare Hastanesine ait epikriz rapor formu incelenmesinde ise:

15.06.2016'da ameliyat sonrası genel durumun iyi, stabil, insizyon hattı temiz, diürez (idrar çıkışı) 2300cc berrak olduğu, 16.06.2016'da postoperatif (ameliyat sonrası) 1. Gün, genel durum iyi, vital bulgular stabil, gaz çıkardığı gaita çıkarmadığı, hastanın mobilize edildiği

17.06.2016'da postoperatif 2.gün, genel durum iyi vital bulgular stabil, gaz ve gaita çıkardığı, pansuman yapıldığı insizyon hattı temiz, oral (ağızdan beslenme) iyi, reçete verildiği, 4 gün sonra kontrole çağrıldığı, şifa ile taburcu edildiği kayıtlardan öğrenildi.

Tarafıma gönderilen yazıda 18.06.2016'da hastanın bulantı kusma yakınması olduğu, bunun için parenteral sıvı ve antiemetik ilaç verildiği,

20.06.2016 tarihinde yine ameliyat sonrası kontrol için gelen hastanın vajen sütürlerinin olağan olduğu, bu tarihte Dr.....tarafından yapılan ultrason incelemesinin de bağırsak ansları dilate görünümdeydi notuna rastlandı. Bu nedenle Dr.....tarafındanHastanesinde radyoloji bölümünde yapılan 20.06.2016 tarihli tüm abdomen (karın) us incelemesinde; Bağırsak ansları sınırda dilate izlenmiştir, olarak rapor edildiği görüldü (Uzm. Dr.....radyoloji uzmanı)

Adı geçen hasta 27.06.2016 tarihindeki müracaatında: vajenden dışı gelmesi nedeniyle fistül şüphesi ile hastaneye yatırıldığı ve genel cerrahi konsültasyonu yapıp, hastanın Op. Dr. tarafından konsülte edilmesi sonrasında operasyon için gerekli ameliyat öncesi hazırlıklar ve onam formları alınarak, gerekli tetkikler yapılarak, olası bir bağırsak ameliyatı için bağırsak temizliğine başlandığı görüldü.

28.06.2016 günü yapılan laparotomi notunda " Hasta spinal + epidural anestezi altında önce eski insizyondan explorasyona başlandı. Batına girildiğinde suprapubik bölgeden dışarıya doğru direne olan fekaloid materyal boşaldığı gözlemlendi. Çevre ince bağırsak ansları ileri derecede yapışıklık gösteriyordu.

Gözleme devam edildiğinde rektum ve sigmoid bölgeden herhangi bir kaçak izlenmedi. Cekum bölgesinden drenaj olduğu gözlemlendi için insizyon göbük altı median eklendi. Cekum ön yüzde ileoçekal valvden 5-6cm yukarıda perforasyon saptandı. Perforasyon alanı altında tümoral kitle palpe edildi. Perfore olan kısımla beraber eksize edilerek ileotransverstomi uygulandı. Operasyon loju ve douglas bol SF ile yıkandığında takip süresince herhangi bir kaçağa ait bulgu izlenmedi. Daha sonra Op. Dr..... operasyona katılarak mesane boyunu arka yüzdeki defekte primer tamir uyguladı. Operasyon süresince kaçak olabilecek bulgu saptanmadığından douglas ve sağ parakolik mesafeye drenler yerleştirilerek batın kapatıldı" şeklinde kayıt görüldü. Yine yapılan rahim ameliyatına ait patoloji raporu ile barsak ameliyatına ait patoloji raporları görüldü.

Ameliyat sonrası gerekli serum ve antibiyotik tedavisine başlanan hastanın vital bulgularının stabil olduğu, ancak ameliyatın ikinci günü douglas da bulunan drenenden fekaloid drenaj devam ettiğinin görüldüğü ve hastaya re operasyon önerildiği, bu ameliyatın risklerinin hasta yakınlarıyla paylaşıldığı ve sonuçta hasta yakınlarının da oluru ve isteği ile hastanın Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalına sevk edildiği epikriz formundan öğrenildi.

..... ili sağlık kurumları arası vaka nakil talep formu incelendiğinde: 30.06.2016 tarihinde hastanın kan basıncı 104/65 mmHg, nabız dakikada 106, ateş 36.7°C, yoğun bakım ve ileri tetkik ve tedavi için hastayı Doktor 'nin kabul ettiğine dair Op. Dr..... kaşe ve imzasının olduğu evrak görüldü.

LİTERATÜR İNCELEMESİ

Tüm jinekolojik cerrahi operasyonlarda barsak yaralanmaları peritonun açıldığı sırada gerçekleşebilir. Adezyonlar, geçirilmiş abdominal cerrahi ve pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü barsak yaralanması için artmış risk faktörleridir.³ Jinekolojik cerrahi sonrası gastrointestinal fistüller nadiren görülür. Genelde malignite, önceden alınan radyoterapi, yetersiz onarılan ya da fark edilmeyen barsak hasarı sonradan gelişirler. Fistül ve ilgili apse tanısında abdominal pelvik CT ile inceleme yardımcı olabilir. Abdominal duvar veya vajinal cuffa spontan drenaj olmadıkça; intraperitoneal GİS kaçak veya fistül tanısı konduğunda acil cerrahi gerekir.⁴ Türkiye'de yapılmış olan en geniş çalışma 1944-1988 yılları arasında rastlanan fistül vakalarının etiyojisine (sebebi) bakıldığında 68 olgu ile %17,3 oranında, bunun rektovajinal fistül sayısı 21 olup %5,3 olduğu Dr. Serdaroğlu H, Babuna C, bildirmişlerdir. İntestinal fistül oranı Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde %1,5 olarak bildirilmiş, oysa klasik kitaplarda %1-2 oranındadır.⁵ Önceden cerrahi operasyon geçirmiş olanlar, endometriozis, salpenjit nedeniyle opere olanlarda yapışık barsak operas-

yon sahasından disseke edilerek uzaklaştırılırken barsak hasarı açısından yüksek risk oluşturmaktadır. Barsak hasarına uğramış bir hasta postoperatif dönemde iyi görünebilir. Perforasyonun geç semptomları atlanabilir veya gözden kaçabilir, gerek transvajinal, gerek laparotomi, gerek laparoskopik operasyonlarda hasta postoperatif periora giderken fark edilmeyen açık veya kapalı barsak hasarı riski oluşabileceği her zaman akılda tutulmalıdır.⁶

LİTERATÜR IŞIĞINDA OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yukarıda dünyaca kabul görmüş bilimsel verilerin ışığında: Bu hastada oluşan barsak yaralanmasının daha önce geçirilmiş sezaryen ameliyatı veya pelvik enfeksiyonlara bağlı adhezyonlar yani yapışıklıkların olması ve ameliyat esnasında bu yapışıklıkların sıyrılıp ameliyatın bir başka deyişle rahim ameliyatının gerçekleştirilebilmesi için yapılan disseksiyonlar esnasında oluşması bir risk faktörüdür.

SONUÇ

1. Hastanın ameliyat öncesi, sonrası bakım ve takibi dosya incelemesinde; gerekli özenin gösterildiği, takiplerin muntazam olarak yapıpı dosyaya kayıt edildiği görüldü.
2. Ameliyat sonrası vital fonksiyonların normal seyrettiği, gaz ve gaita çıkışı ile idrar miktarının yeterli düzeyde olduğu kayıtlarda mevcuttur.
3. Ameliyat sonrası barsakta oluşan olay daha önce mevcut olan bir patolojiye cerrahi müdahale sonrası veya yukarıda bahsedilen olaylara ait ortaya çıkmış olabileceği kanaatındayım. Buna tıp dilinde "KOMPLİKASYON", hukuk terminolojisinde "İZİN VERİLEN RİSK" denmektedir.

Komplikasyon veya izin verilen riskin tanımı ise; daha önceden öngörülemeyen, önlenemeyen ve beklenmeyen tıbbi durumdur. Burada önemli olan, komplikasyon veya izin verilen riskin ortaya çıkmasından sonra bu olayın tanısını koyup, gerekli konsültasyonları yapıp oluşan klinik tablonun nasıl tedavi edilebileceğine süratle karar vermek son derece önemlidir. Çünkü gecikmede hele karın içerisine büyük abdest materyalinin dökülmesi zamanında müdahale gerektiren bir olay olup, gecikmeden tıbbi ve cerrahi tedaviye başlamak gerekir. Bir başka deyişle gerekli özenin süratle gösterilip gerekenin yapılması gerekir. Bu olayda hasta rahim ameliyatından sonra sık aralıklarla takip edilmiş, klinik bulgular ışığında 13.gün rad-

yolojik tetkik ve genel cerrahi konsültasyonu yapılarak tanı konup, hastaneye yatırılmıştır. Hastaneye yattığı gün ertesi günü yapılacak olan barsak ameliyatı için barsak temizliğine başlandığı görüldü. Ertesi günü yapılan cerrahi girişimde ise gerek bağırsaklar ve mesane için gerekenin yapıldığı saptandı.

4. Sonuç olarak yukarıdaki bulguların ve tarafıma gönderilen belgelerin ışığında: Bu olguda rahim ameliyatı sonrası oluşan tablo komplikasyon olup, hastaya gerekli özenin gösterildiği ve oluşan komplikasyonun bir ekip halinde iyi yönetildiği, gerekli tıbbi ve cerrahi müdahale ile takiplerin tıbbi ve fenne uygun olarak yapıldığı Kanaat'ında olduğumu bildiririm.

Anlaşılabileceği gibi yukarıda ki olguda hastaya gerekli özen gösterildiği, kayıtların muntazam tutulduğu, gerekli tıbbi ve cerrahi konsültasyonların yapıldığı görülmektedir. Bu olguya yazdığım uzmanlık görüşü /bilirkişi raporu adli tıp kurumu ilgili ihtisas kurulunda da incelenmiş, orada da benim belirttiğim gibi hastaya yapılan tüm işlemlerin tıbbi ve fenne uygun olduğu, doktora atfı kabul kusur yani tıbbi bir uygulama hatası olmadığı ve bunun bir komplikasyon olduğu rapor edilmişti, sonuçta doktor yargılama da beraat etmişti.

ÖZET

İnsan eylemi, doğası gereği risk teşkil ettiğinden sıfır risk ancak eylemsizlikle mümkün olabilir. Kuşkusuz bu tıbbi uygulamalar içinde söz konusu var olan bu hakikat hekimlik mesleğinde de rasyonel bir risk/yarar analizini gerekli kılar. Günümüz hukuk anlayışında yer alan 'izin verilen risk kavramının tıbbî karşılığı komplikasyondur' ve tek başına kusur sayılmaz.⁷

Yargıtay bir kararında aynen şu hususları ifade etmiştir;

"Hekim tedavisini ya da ameliyatını deruhte ettiği hastayı %100 iyileştirme yükümlülüğü altında değildir. Bütün sorun, hekimin "Tıp, kural ve gereklerine" uygun davranıp davranmadığı yönünü tespit etmektir.

Eğer bir hekim, tıp ilminin öngördüğü ve yapılmasını gerekli kıldığı kurallara ve tıbbi tedavi yöntemlerine uygun hareket etmiş ise, artık eylem ve davranışının hukuka aykırılığı iddia edilemeyeceğinden, tedavi ve ameliyat sonucu hasta iyileşmemiş olsa dahi, hekimin bundan sorumlu tutulması mümkün değildir."

Dolayısı ile hekimin taksirli hareketinden bahsedebilmek için; hekimin kusurlu olması, başka ifade ile özen yükümlülüğünü ihmal etmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hasta Hakları Uygulama Genelgesi 2009, Madde 26.
2. Stuart E, Niles Jr JD, Martin L, Pernoll MD, eds. A Lange Medical Book. Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. 2. Baskı. İzmir: Barış Kitabevi; 1994. p.1468.
3. Güner H. Jinekolojik Onkoloji. 4. Baskı. Ankara: Veri Medikal Yayıncılık; 2010. p.591-2.
4. Berek JS, Novak, eds. Yıldırım G, Türk VA, çeviri editörleri. Novak Jinekoloji. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2004. p.600.
5. Atasu T, Şahmay S. Jinekoloji, Kadın Hastalıkları. İstanbul: Üni-versal Bilim Yayınları; 1996. p.591.
6. Decherney AH, Nathan L, Godwin TM, Laufer N. Yüçetürk A, çeviri editörü. Current Ortopedi Tanı ve Tedavi. 10. Baskı. Güneş Tıp Kitabevi; p.780-1.
7. Sönmez B. Yeni CMK'da Bilirkişi Kavramı. 2012.