

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

“

تعیین ارزش عوارض موقت ناشی از

ثروما

(زوال یا نقص موقت منافع)

”

دکتر بهرام صمدی راد

دانشیار پزشکی قانونی

عضو هیئت علمی سازمان پزشکی قانونی

“

مواد قانونی مرتبط با زوال

موقت منافع و لزوم تعیین ارزش

”

ماده 674

هرگاه در مهلتی که به طریق معتبری برای بازگشت **منفعت زائل یا ناقص** شده، تعیین گردیده، عضوی که منفعت، قائم به آن است از بین برود، به عنوان مثال چشمی که بینایی آن به طور موقت از بین رفته است از حدقه بیرون بیاید، مرتکب، فقط **ضامن ارش زوال موقت آن منفعت** است و چنانچه از بین رفتن آن عضو به سبب جنایت شخص دیگر باشد مرتکب دوم، ضامن دیه کامل آن عضو میباشد.

ماده 679

هرگاه در اثر جنایتي **عقل زائل** گردد و پس از دریافت
دیه کامل عقل **برگردد**، دیه مسترد و **ارش** پرداخت
می‌شود.

ماده 680

هرگاه در اثر جنایتي مجني عليه **بیهوش** شود و به اغماء برود، چنانچه منتهي به فوت او گردد، ديه نفس ثابت مي شود و چنانچه **به هوش آید**، نسبت به زماني که بیهوش بوده، **ارش** ثابت مي شود و چنانچه عوارض و آسيبهاي ديگري نیز بوجود آید، ديه يا ارش عوارض مزبور نیز بايد پرداخت شود.

ماده 686

هرگاه در اثر **جنایتي** در مجرای شنوایی، نقص دائمی ایجاد شود به نحوی که به طور کامل **مانع شنیدن** گردد، **دیه شنوایی ثابت** است و در صورتی که **نقص موقتی** باشد **ارش تعیین می‌شود**.

ماده 708

از بین بردن یا نقص دائم یا موقت حواس یا منافع دیگر مانند لامسه، خواب و عادت ماهانه و نیز به وجود آوردن امراضی مانند لرزش، تشنگی، گرسنگی، ترس و غش، موجب ارش است.

1396/05/25

پ/55262

بِسْمِ تَعَالَى
(اقتصاد مقاومتی، تولید - اشتغال)

مدیران کل محترم پزشکی قانونی استانها

سلام علیکم

با سلام و صلوات بر محمد و آل محمد (ص) احتراماً با توجه به مواد ۶۷۴، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۶ و ۷۰۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ که به زوال موقت منافع و لزوم تعیین ارش برای آن ها دلالت دارند و در راستای ایجاد وحدت رویه در این خصوص، « دستورالعمل نحوه تعیین ارش زوال یا نقص موقت منافع » جهت بهره برداری و بکارگیری در امر کارشناسی به پیوست ارسال می گردد.

دکتر سیدامیرحسین مهدوی

معاون پزشکی و آزمایشگاهی سازمان



نقص یا زوال (از بین رفتن) منفعت :

مقصود از « موقت بودن » نقص یا زوال (از بین رفتن) منفعت، آن است که پس از سپری شدن زمان متعارف برای بهبود صدمات (هنگام ختم پرونده) ، بهبودی کامل منفعت اتفاق افتد .

اگر درجاتی از نقص منفعت بطور دائم
باقی بماند فقط برای نقص منفعت ماندگار
دیه یا ارش در نظر گرفته می شود.

میزان ارزش نقص یا زوال موقت منفعت، به « شدت نقص
ایجاد شده اولیه » و « مدت زمان لازم برای بهبود آن
» بستگی دارد.

برای احراز این دو عامل حسب مورد، از یافته های معاینه
بالینی و یا پرونده بیمارستانی و یا سایر مستندات استفاده شود .

برای تعیین ارزش نقص یا زوال موقت منافع با توجه به میزان دیه / ارزش زوال دائم آن منفعت، از یکی از جداول شماره 1 تا 3 استفاده شود .

ارث زوال موقت منافعى كه زوال دائم آنها معادل ديه كامل است
(نظير بى اختيارى ادار، بى اختيارى مدفوع يا ناتوانى جنسى)

12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	مدت ابتلا (ماه)
10	9.8	9.5	9	8.4	7.7	6.9	6	5	3.9	2.7	1.4	میزان ارث (درصد ديه كامل)

ارش زوال موقت منفعي كه زوال دائم آنها معادل نصف ديه كامل
 است (نظير بينايي يك چشم يا شنوايي يك گوش)

12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	مدت ابتلا (ماه)
5	4.9	4.8	4.5	4.2	3.9	3.5	3	2.5	2	1.4	0.7	میزان ارش (درصد ديه كامل)

ارزش زوال موقت کامل حرکت (فلج) در هر یک از اندام ها

12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	مدت ابتلا (ماه)
6	5.8	5.6	5.4	5.2	4.9	4.5	4	3.4	2.7	1.9	1	میزان ارزش (درصد دیده کامل)

برای محاسبه ارزش اختلال موقت کنترل ادرار یا مدفوع از نوع احتباسی نیز از جدول شماره 1 استفاده شود.

ارزش کاهش موقت سطح هوشیاری بر اساس جدول شماره 4 تعیین می شود:

I. در ادامه درمان کاهش سطح هوشیاری ناشی از تروما ، اگر انجام Sedation باعث تداوم کاهش سطح هوشیاری گردد نیز ارزش مزبور تعلق می گیرد.

II. در موارد کاهش سطح هوشیاری بدنبال علی نظیر مسموم نمودن یا قصور پزشکی و ... نیز از جدول 4 استفاده شود.

ارش کاهش موقت سطح هوشیاری :

از ماه دوم به بعد	ماه اول (از روز دوم تا پایان ماه)	ماه اول (24 ساعت اول)	مدت
ارش مازاد به ازای هر روز (درصد دیده کامل)	ارش مازاد به ازای هر روز (درصد دیده کامل)	ارش پایه (درصد دیده کامل)	ارش متعلقه شدت
<u>0.1</u>	<u>0.3</u>	2	شدید ($GCS \leq 8$)
<u>0.05</u>	<u>0.1</u>	1	متوسط ($GCS = 9-12$)
-	-	0.5	خفیف ($GCS = 13-14$)

“

نکات :

”

✓ در مواردی که مدت نقص یا زوال موقت منفعت (با احتساب ایام کمتر یا بیشتر از زمانهای مندرج در جداول مذکور باشد، متناسب با مدت نقص یا زوال منفعت، ارزش آن محاسبه و اعلام می گردد.

✓ در مواردی که مدت زوال موقت منفعت بیش از یکسال بطول بیانجامد پس از آن، ارزشی به میزان 0.1 % دیه کامل انسان به ازای هر ماه تعلق می گیرد.

✓ چنانچه از ابتدا نقص نسبی در منفعت وجود داشته باشد، ارزش متعلقه به همان نسبت از جداول مربوطه محاسبه شود.

✓ اگر دیه / ارزش متعلقه به زوال دائم و ماندگار منفعتی مطابق با دیه کامل یا نصف دیه کامل نباشد، بسته به « نسبت میزان ارزش یا دیه زوال دائم آن منفعت به دیه کامل » ، ارزش زوال موقت آن منفعت نیز متناسب با مقادیر جدول شماره 1 محاسبه گردد.



نقص عضوی ناشی از صدمات

سیستم عصبی مرکزی

در سیستم اعصاب مرکزی توجه به نکات زیر ضروری می باشد:

✓ ارزیابی جراحات و آسیب دیدگی ها جدا از ارزیابی نقص عضوی ها صورت می باشد.

✓ ارزیابی جراحات و آسیب دیدگی ها، با توجه به آسیب دیدگی نسوج نرم و سخت و حداکثر مقادیر تعیین

شده جهت موارد مشابه در قانون مجازات اسلامی بوده است.

✓ با توجه به اهمیت اقدامات جراحی در سیستم اعصاب مرکزی ارزیابی آن به صورت جداگانه صورت


گرفته است .

✓ در بعضی موارد و با توجه به ضرورت قانونی، برای از دست دادن موقت منافع تعیین مقادیر صورت

گرفته است.

بررسی آسیب دیدگی های نخاع به جز قطع کامل سطح
مقطع آن که دارای دیه مقدر میباشد، معادل بررسی ضایعات
مشابه آن در CNS (مغز) میباشد.

در ارزیابی آسیب دیدگی های که در نهایت منجر ضایعاتی مثل
آتروفی مغز، Encephalomalacia و . . . میشوند، تعیین
خسارت تنها بر اساس آسیب اولیه و نقص عضوی حاصله
خواهد بود.



شکستگی قاعده جمجمه مانند شکستگی‌ها سایر نواحی سر و صورت می‌باشد، اما تشخیص آن منحصراً بر اساس یافته‌های کلینیکی (مثل رینوره) و یا پاراکلینیکی (مثل پنو مو سفالوس) خواهد بود.

جدول 1-9 جراحات و آسیب دیدگی های سیستم اعصاب مرکزی CNS

توضیحات	ارش	موضوع
		کاهش سطح هوشیاری حاد ¹ : - خفیف 13 - 15 GCS - متوسط 9 - 12 GCS - شدید $8 < \text{GCS}$
	2%	ادم منتشر مغز
	5%	جراحی منجر به تجمع خون در فضای فوق سخت شامه (EDH) ⁹⁹
	6%	جراحی منجر به تجمع خون در فضای تحت سخت شامه (SDH) (حاد - تحت حاد - مزمن) ^{1و2و3}

	%4	جراحی منجر به خونریزی در فضای تحت عنكبوتیه (SAH) 1و2و3
	%4	جراحی منجر به تجمع خون در داخل بطن های مغز یا نیمکره های مغز (IVH) ¹
	%5	کوفتگی نسج مغز ⁴ (Contusion)
	%6	لاسرسیون نسج مغز
	%6	جرح منجر به ⁴ Brust lobe injury
ضروری است ارزش عوارض عملکردی جداگانه تعیین شود	%10	برداشتن کامل هر قسمت مجزا از نسج مغز (Lobectomy) به دنبال جراحی آن ³

علاوه بر شکستگی قاعده مغز	%5/5	جراحی منجر به ترشح CSF بصورت گذرا ² (رینوره یا اتوره)
به Aerocele Subgleal ارش مجزایی بیش از دیه یا ارش جراحی اولیه تعلق نخواهد گرفت.	%5/2 %5/5 %5/6 %5/6 %5/6	جراحی منجر به پنوموسفالوس (pneumocephalus) بر حسب محل تجمع هوا - Epidural - Subdural - SubArachnoid - Intracerebral - IntraVentricular
بررسی خسارت ناشی از نقص عضوی جداگانه صورت می گیرد	%4	جراحی منجر به قطع کامل یکی از اعصاب کرائیال
در صورت تعبیه شانت حداکثر دو درصد به مقدار فوق اضافه می شود. ارش تعبیه (Bore hole) فقط سه درصد می باشد	%5	کرائیوتومی (Craniotomy)

سطح هوشیاری یکی از معیارهای اصل بررسی عملکرد CNS و منفعت عقل می باشد لذا جهت کاهش موقت سطح هوشیاری با توجه به شدت آن ارزش تعیین شده است.

برای جلوگیری از Duplication این ارزش تنها در صورتی تعلق می گیرد که دیده ای جهت زوال عقل، ارشی جهت نقصان عقل یا اختلالات حمله ای هوشیاری اعمال نشده باشد

نقص عضوي ناشي از اختلالات ساختاري يا تشريحي در سيستم اعصاب مركزي

جدول 2-9 در ارتباط با نقص عضوي ناشي از اختلالات
ساختاري يا تشريحي سيستم اعصاب مركزي مي باشد .

جدول 2-9 نقص عضوي ناشي از اختلالات ساختاري - تشریحي سیستم اعصاب مرکزی M

ارش	موضوع
1%	نقص استخوان جمجمه تا پنج سانتی متر مربع
3%	نقص استخوان جمجمه بین 6 تا 10 سانتی متر مربع
5%	نقص استخوان جمجمه بین 11 تا 16 سانتی متر مربع
10%	نقص استخوان جمجمه بین 17 تا 26 سانتی متر مربع
15%	نقص استخوان جمجمه بین 27 تا 42 سانتی متر مربع
20%	نقص استخوان جمجمه بیش از 43 سانتی متر مربع
20%	جرح منجر به ترشح پایدار مایع مغزی نخاعی (CSF)

نقص عضوي ناشي از اختلالات عملکردي سيستم اعصاب مرکزي

باتوجه به فيزيولوژي سيستم اعصاب مرکزي، بررسی اختلالات عملکرد اين سيستم در دو مرحله صورت مي گيرد،

مرحله اول شامل بررسي اختلال عملکرد جامع مغز است که در اين مرحله به منظور انجام بررسي کامل و پيش گيري از داپليکيشن ، ارزيابي در چهار سطح صورت ميگيرد که به ترتيب عبارتند از:

1) اختلالات مربوط به سطح هوشياري، محتوای هوشياري و خواب - بيداري.

2) اختلالات مربوط به عملکرد عالي مغز.

3) اختلالات مربوط به توانايي برقراري ارتباط کلامي.

4) اختلالات مربوط به عملکرد هيچاني – رفتاري .

الف) همواره بیشترین میزان اختلال عملکرد ملاک می‌باشد، نه شدت آسیب دیدگی. معمولاً بررسی‌های رایج بالینی و پاراکلینیک نشان دهنده شدت درگیری می‌باشند و به هیچ عنوان نشان دهنده میزان اختلال عملکرد نمی‌باشند. به عبارتی، اکثراً بین شدت آسیب دیدگی و میزان اختلال عملکرد، که هدف معاینه بالینی مستقل می‌باشد ارتباط مستقیمی وجود ندارد

ب) در مرحله اول، علی‌رغم انجام ارزیابی در چهار سطح، تنها یک سطح ملاک اختلال عملکرد خواهد بود. به عنوان مثال اگر فردی به دنبال آسیب دیدگی تشریحی سیستم اعصاب مرکزی (مثل قطع لوب تمپورال چپ در فرد راست دست) دچار اختلال عملکرد عالی مغز و اختلال عملکرد رفتاری – هیجانی شود، به طوریکه از نظر اختلال عملکرد عالی مغز در کلاس دو (حدود 20%) و از نظر اختلال عملکرد رفتاری – هیجانی در کلاس سه (حدود 35%) قرار داشته باشد، تنها اختلال عملکرد رفتاری – هیجانی وی که حدود 35% است ملاک نقص عضوی سیستم اعصاب مرکزی در مرحله اول خواهد بود.

در مرحله دوم ارزیابی نقص عضوی سیستم اعصاب مرکزی به بررسی اختلالات و نواقص عصبی پرداخته می‌شود که ناشی از ضایعات این سیستم می‌باشند. ریوس نواقص عصبی مورد ارزیابی عبارت از:

- اختلالات عملکرد اعصاب کرانیال.
- اختلالات مرکزی عملکرد اندامهای تحتانی و تنه.
- اختلالات مرکزی عملکرد اندامهای فوقانی.
- اختلالات عملکرد نخاع.
- اختلالات عصبی همراه با دردهای مزمن.
- اختلالات اعصاب محیطی.

“

اختلالات مربوط به سطح و محتوای هوشیاری

”

جدول 3-9 نقص عضوي ناشي از اختلالات سطح هوشیاري G و Consciousness

ارش	تعریف	
14%	کاهش یا تغییر خفیف سطح هوشیاري یا دوره های مکرر اما کوتاه کاهش هوشیاري که با محدودیت کمی از فعالیت روزمره همراه است	کلاس یک
39%	کاهش یا تغییر متوسط سطح هوشیاري یا دوره های مکرر اما کوتاه کاهش هوشیاري که با محدودیت متوسط از فعالیت روزمره همراه است	کلاس دو
69%	کاهش یا تغییر طولانی مدت و شدید سطح هوشیاري که با محدودیت شدید در مراقبت از خود همراه است	کلاس سه
-	حالات نیمه کما و کما که نیازمند مراقبت دائمی باشند	کلاس چهار

ارزش	تعریف	
3% 14%	<p>- یافته های EEG غیر طبیعی با ضرورت مصرف پروفیلاکسی داروی ضد تشنج</p> <p>- سابقه حملات تشنجی با الگوی معین و دوره های غیر قابل پیش بینی با ایجاد محدودیت جزئی برای فرد</p>	کلاس یک
29%	حملات تشنجی به درجه ای که با بعضی فعالیت های روزانه تداخل دارند	کلاس دو
49%	حملات تشنجی به درجه ای که با محدودیت در اکثر فعالیت های روزانه همراه است و یا نیازمند کمک در انجام آنها می باشد	کلاس سه
70%	حملات تشنجی غیر قابل کنترل که به علت شدت و تداوم منجر به محدودیت شدید فعالیت های روزانه شده است	کلاس چهار

عملکرد عالی مغز:

اختلالات عملکرد عالی مغز عمدتاً شامل اختلالات در عملکرد شناختی و وضعیت ذهنی می‌باشد. بنابراین استفاده از آزمون‌های استاندارد مثل- (MMSE) و یا (NCSE) جهت تعیین اختلال عملکرد و شدت آن ضروری می‌باشد .

Minimal- Mental State Examination

Neurobehavioral Cognitive Status Examination

جدول 5-9 نقص عضوي ناشي از اختلال عملکرد عالي مغز (نقصان عقل) و

موضوع	ارزش	توضیحات
اختلال شدید حافظه	25%	
اختلال شدید جهت یابی	15%	
اختلال شدید قضاوت	15%	
اختلال شدید عملکرد اجتماعی	15%	
اختلال شدید عملکرد خانوادگی	15%	
اختلال شدید در توانایی مراقبت از خود	15%	
نقصان عقل و بازگشت مجدد آن	10%	ماده 447 ق.م.ا

اختلالات ارتباطی :

اختلالات ارتباطی شامل نقص در فهم، درک، کلام و هرگونه توانایی موثر در برقراری ارتباط با سایر افراد میباشد.

دو وضعیت شایع که منجر به اختلالات ارتباطی میشود شامل: آفازی و دیس فازی است.

□ آفازی اختلال شدید در عملکرد کلامی است، که در آن فرد فاقد هرگونه توانایی موثر در برقراری ارتباط به هر صورت، حتی بدون استفاده از صوت با نوشتن، دیدن، ایما و یا اشاره می باشد.

□ دیس فازی اختلال ارتباطی است، که شدت آن از آفازی کمتر است و با مکالمه ای همراه است که به علت فقدان لغات مناسب و یا اشتباهات گرامری نامفهوم می باشد.

دیس فازی ناشی از آسیب دیدگی لوب آهیانه غالب مغز است. دیس فازی شایع ترین اختلال ارتباطی می باشد و نوع بیانی آن از دیس فازی در ادراک خوش خیم تر است.

جدول 6-9 نقص عضوي ناشي از اختلال در توانايي ارتباطي G Communication

ارزش	تعريف	
9%	اختلال خفيف در توانايي ارتباطي شامل مشكل در بيان و يا دريافت مطالب	كلاس يك
24%	اختلال متوسط در توانايي ارتباط شامل اختلال در بيان يا دريافت مطالب	كلاس دو
39%	اختلال شديد در توانايي ارتباطي كه فقط توانايي ارتباط غير كلامي باقي مانده است (ارتباط با استفاده از ايماء، اشاره، چهره و مطالب نوشته شده)	كلاس سه
60%	اختلال شديد در توانايي ارتباطي و از دست دادن هرگونه توانايي در بيان مطالب حتي به صورت غير كلامي و يا تنها توانايي دريافت مطالب غير كلامي با استفاده از ايماء، اشاره، چهره و مطالب نوشته شده باقي مانده است M	كلاس چهار
90%	اختلال شديد در توانايي ارتباطي و از دست دادن هرگونه توانايي دريافت مطالب M	كلاس پنج

اختلالات مركزي اندام هاي تحتاني وتته

اختلالات سيستم اعصاب مركزي مي تواند منجر به راه رفتن ناپايدار و يا نامتعادل گردد. در معاينه کاهش حركت اندام، تلو تلو خوردن، سقوط به يك سمت، ناتوانايي در شروع و يا خاتمه حركات اندام و آريتمي تته يا حركات اندام مشاهده شود. بعضي آسيب ديديگي ها منجر به افزايش در تن عضلاني و فلج اسپاستيك اندام مي شود. فقدان ايستايي و وجود علامت رمبرگ نشانه آسيب ديديگي عصب محيطي و يا راههاي صعودي به مغز مي باشد.

ارزش	تعریف	
9%	دارای توانایی ایستادن، راه رفتن اما در بالا رفتن از پله یا راه رفتن مسافت های طولانی مشکل دارد	کلاس یک
19%	دارای توانایی ایستادن اما به سختی و فقط در سطح صاف راه می رود	کلاس دو
39%	به سختی می ایستد و فقط با کمک می تواند راه برود	کلاس سه
-	بدون کمک و یا استفاده از وسایل کمکی قادر به ایستادن نمی باشد	کلاس چهار

اختلالات حرکتی

آسیب دیدگی‌های سیستم اعصاب مرکزی مخصوصاً آسیب دیدگی‌های هسته‌های قاعده‌ای و مخچه می‌توانند منجر به ایجاد حرکات غیر اردایی، مثل تیک، ترمور، گره، آنتوز، همی بالیسم و دیس تونی گردند.

نقص عضوی ناشی از این اختلالات حرکتی بر اساس جدول 9-12، 9-13 و 9-14 تعیین می‌شود.

اختلالات مركزي اندام هاي فوقاني :

میزان نقص عضوي ناشي از اختلالات مركزي اندام هاي فوقاني راست و چپ با توجه به میزان تأثیر آن بر عملکرد روزانه متفاوت مي باشد.

نقص عضوي اندام هاي فوقاني با توجه به درجه قدرت وضعف، میزان هماهنگي و توانايي انجام امور ظريف با انگشتان بررسي مي شود.

اختلالات مركزي اندام فوقاني ناشي از آسیب دیدگي هاي نخاعي با توجه به تأثیر وسيع عمكردني آن بر اساس نقص عضوي اندام فوقاني بررسي مي گردد.

جدول 9-13 نقص عضوي ناشي از اختلالات مركزي يكي از اندامهاي فوقاني

ارش	تعريف		
4%	اندام مغلوب	با اندام درگير توانايي انجام اعمال ضروري مراقبت از خود، گرفتن و نگه داشتن اشيا را دارد، اما در انجام اعمال ظريف با انگشتان آن اندام مشكل دارد	كلاس يك
9%	اندام غالب		
14%	اندام مغلوب	با اندام درگير توانايي انجام اعمال ضروري مراقبت از خود را دارد، كه در گرفتن و نگه داشتن اشيا مشكل دارد، اما نمي تواند اعمال ظريف را با انگشتان آن انجام دهد.	كلاس دو
24%	اندام غالب		
29%	اندام مغلوب	با اندام درگير به سختي توانايي انجام اعمال ضروري مراقبت از خود را دارد	كلاس سه
39%	اندام غالب		
45%	اندام مغلوب	اندام درگير توانايي انجام اعمال ضروري مراقبت از خود را ندارد	كلاس چهار
60%	اندام غالب		

جدول 9-14 نقص عضوي ناشي از اختلالات مركزي هر دو اندام فوقاني

ارش	تعريف	
19%	با هر دو اندام فوقانی توانایی مراقبت از خود، گرفتن و نگه داشتن اشیا را دارد، اما در انجام اعمال ظریف با انگشتان آنها مشکل دارد	کلاس یک
39%	با اندام‌های فوقانی توانایی انجام اعمال ضروری مراقبت از خود را دارد، که در گرفتن و نگه داشتن اشیا مشکل دارد، اما نمی‌تواند اعمال ظریف را با انگشتان آنها انجام دهد.	کلاس دو
79%	با اندام های فوقانی به سختی توانایی انجام اعمال ضروری مراقبت از خود را دارد	کلاس سه
85%	اندام های فوقانی توانایی انجام اعمال ضروری مراقبت از خود را ندارند	کلاس چهار

