



**UNIVERSITATEA “LUCIAN BLAGA” DIN SIBIU
FACULTATEA DE MEDICINĂ “VICTOR PAPILIAN”**

**PROTOCOL DE PRACTICĂ MEDICALĂ ÎN
TRAUMATISMELE MECANICE PRODUSE PRIN
HETEROAGRESIUNE**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**Conducător de doctorat:
Prof. Univ. Dr. IOAN BAIER**

**Doctorand:
Dr. SANDA GINA DURA**

SIBIU, 2014

Cuprinsul tezei de doctorat

Introducere	11
STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII.....	15
Capitolul 1. Delimitări conceptuale ale noțiunilor “agresivitate” și „violență”.....	16
1.1. Comportamentul agresiv și societatea umană	16
1.2. Definiții și sesnsuri ale conceptelor „agresivitate” și „violență”.....	17
1.3. Forme de manifestare a comportamentului agresiv.....	19
1.4. Date statistice la nivel internațional și național	19
1.4.1. Criteriul de selecție pentru studii.....	19
1.4.2. Aspecte legate de calitatea, utilitatea și disponibilitatea datelor	19
1.4.3. Mortalitatea secundară violenței interpersonale	19
1.4.4. Violența interpersonală non-fatală	20
1.4.5. Povara bolii secundară heteroagresiunii	21
1.4.6. Alcoolul și comportamentul agresiv.....	21
1.4.7. Costurile economice ale violenței.....	21
1.4.8. Date statistice la nivel național.....	22
Capitolul 2. Elemente de traumatologie mecanică generală, sistemică și topografică.....	23
2.1. Elemente de traumatologie mecanică.....	23
2.1.1. Agenții traumatici mecanici	23
2.1.2. Leziunile traumatice primare (elementare)	23
2.1.3. Reacțiile generale posttraumatice ale organismului	25
2.2. Traumatologie mecanică sistemică	25
2.3. Traumatologie mecanică topografică	27
2.3.1. Traumatismele cranio-cerebrale	27
2.3.2. Traumatismele buco-maxilo-faciale, oftalmologice și în sfera oto-rino- laringiană.....	28
2.3.3. Traumatismele cervicale	28
2.3.4. Traumatismele toracice	29
2.3.5. Traumatismele abdomino-pelvine	29
2.3.6. Traumatismele vertebro-medulare	29
2.3.7. Traumatismele membrelor	29

Capitolul 3. Transdisciplinaritate în managementul pacientului traumatic secundar	
agresiunii interpersonale.....	30
3.1. Norme deontologice și de etică medicală	30
3.2. Aspecte juridice privind infracțiunile contra vieții, integrității corporale și sănătății persoanei	31
CONTRIBUȚII PERSONALE	34
Capitolul 4.....	35
4.1. Ipotezele cercetării.....	35
4.2. Scopul și obiectivele cercetării.....	36
4.3. Metodologia generală de cercetare.....	36
Capitolul 5. Studiul I.....	37
5.1. Obiectiv de cercetare.....	37
5.2. Material și metodă	37
5.3 Rezultate.....	38
5.3.1 Caracterizare clinico-epidemiologică a patologiei traumatice mecanice non- fatale.....	38
5.3.2. Caracterizare clinico-epidemiologică a patologiei traumatice mecanice la victimele omuciderilor	43
5.4. Discuții.....	50
5.5. Concluzii	51
Capitolul 6. Studiul II.....	53
6.1. Obiectiv de cercetare.....	53
6.2. Material și metodă.....	53
6.3. Rezultate.....	56
6.4. Discuții.....	56
6.5 Concluzii.....	56
Capitolul 7. Studiul III.....	59
7.1. Studiul III.1.....	59
7.1.1. Obiectiv de cercetare.....	59
7.1.2. Material și metodă.....	59
7.1.3. Rezultate.....	59
7.1.3.1. Recomandări de ordin general.....	60

7.1.3.2. Recomandări privind practica medicală la diferite nivele ale asistenței medicale.....	76
7.2. Studiul III.2.....	98
7.2.1. Obiectiv de cercetare.....	98
7.2.2. Metode.....	98
7.2.3. Rezultate.....	99
7.2.4. Discuții.....	100
7.2.5. Concluzii.....	100
Concluzii generale.....	101
Perspectivă de dezvoltare a cercetării.....	104
Originalitatea și contribuția inovativă a cercetării.....	105
Limitele cercetării.....	106
Bibliografie.....	107
<i>Anexa</i>	116

Introducere: Cercetarea de față se circumscrie unui arii prioritare a sănătății publice, violența interpersonală, considerată de către analiștii domeniilor socio-umane ca fiind o "maladie socială" a secolului contemporan.[Durkheim *apud* 2] Datele statistice globale relevă faptul că, pentru fiecare persoană decedată prin vătămări corporale grave, aproximativ 30 de persoane sunt spitalizate pentru traume non-fatale și de 10 ori mai mulți pacienți sunt tratați în serviciile de urgență ale spitalelor, fără a fi internați.[15] Violența afectează adesea iremediabil atât viața victimei, cât și a agresorului, producând consecințe de ordin medical, juridic, economic, social și politic, precum și costuri personale și sociale enorme. În acest context, responsabilitatea sistemului de sănătate este de a asigura o disponibilitate crescută pentru patologia postagresională și o reglementare clară, coerentă și sistematică a practicii medicale.

Stadiul actual al cunoștințelor oferă o perspectivă asupra contextului medical-social-juridic în care se găsește pacientul traumatic secundar agresiunii interpersonale și a poziției centrale pe care medicul curant o deține în cadrul acestui trepid multisectorial și interdisciplinar. Pe parcursul a 3 capitole sunt prezentate informații aparținând mai multor domenii cu implicații în managementul social și medical al pacientului traumatic (delimitări conceptuale ale noțiunilor „agresivitate” și „violență”, date clinico-epidemiologice privind amploarea, consecințele și costurile agresiunilor interpersonale la nivel global și național, elemente de traumatologie mecanică generală, sistemică și topografică, precum și elemente de drept penal, norme juridice medicale, etice și deontologice). Informațiile sunt abordate sintetic, interpretate și explicate astfel încât să devină noțiuni operaționale integrate în practica medicală și să ofere un suport concret judecății clinice.

Ipotezele cercetării: Dincolo de rolul său în acordarea îngrijirilor de sănătate, asistența pacientului traumatic secundar agresiunii interpersonale impune medicului curant responsabilitatea de colabora direct sau indirect (prin documentele medicale eliberate) cu alte instituții (servicii de sănătate, sociale, poliție, justiție) și, prin urmare, de a contribui la înfăptuirea corectă a actului de justiție. În același timp, documentele medicale reflectă calitatea și cantitatea îngrijirilor de sănătate acordate de medic pacientului său și justifică deciziile sale diagnostice și terapeutice. În contextul particular al agresiunii interpersonale, relația medic-pacient poate fi profund influențată de numeroși factori: conflictul dintre interesul pacientului-victimă și al agresorului, presiunea psihologică a tuturor părților implicate (victimă, agresor, sistem de sănătate, justiție, societate), dar și de conflictul dublei loialități a medicului, între datoria sa față de pacient și datoria sa față de societate și justiție, implicând aspecte ale răspunderii medicale. Deși există protocoale care standardizează actul medical, aceste protocoale nu oferă un suport decizional complet pentru întregul context medical-social-juridic în care se găsește pacientul traumatic secundar agresiunii interpersonale. Poziția

centrală pe care medicul curant o deține în cadrul acestui trepid multisectorial implică noi responsabilități, noi cunoașteri care să vină în sprijinul deciziilor sale și nevoia unor reglementări cuprinzătoare și bine definite.

Scopul cercetării este de a elabora un ghid de conduită cu aplicabilitate la toate nivelele de asistență medicală care să standardizeze atitudinea medicului în fața pacientului traumatic cu potențial de a deveni medico-legal, să creeze un sistem integrat de abordare a pacientului între sistemul îngrijirilor de sănătate și domeniile conexe și să excludă impactul negativ factorilor de ordin individual în managementul pacientului traumatic.

Contribuția personală este reprezentată de 3 studii distincte, constituite în 3 capitole, interconectate prin cauzalitatea concluziilor lor.

Studiul I

Obiectiv de studiu: *Caracterizarea clinico-epidemiologică dinamică a patologiei traumatice mecanice secundare heteroagresiunii în județul Sibiu.*

Metoda de studiu: descriptivă (anchetă longitudinală bispectivă). Materialul de studiu este reprezentat de documentele medicale ale pacienților cu patologie traumatică mecanică secundară heteroagresiunii care au solicitat îngrijiri medicale, cu/fără spitalizare, în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Sibiu, precum și lucrările medico-legale adresate victimelor traumatice în viață și rezultatele autopsiilor efectuate în cadrul Serviciului Județean de Medicină Legală Sibiu. Perioada de studiu: 10 ani (2003-2012).

Rezultate și discuții: În județul Sibiu, ponderea heteroagresiunilor în lucrările medico-legale adresate patologiei traumatice non-fatale și fatale este de aproximativ 70% pentru intervalul de studiu. Un sfert din examinările anuale pe persoane în viață s-a adresat victimelor violențelor domestice. Două treimi din cazuistica traumatică mecanică postagresională aparține intervalului de vârstă 20-49 ani, fapt care subliniază impactul social grav al violenței interpersonale la nivelul gruperlor sociale active. Unul din zece pacienți au avut vârsta cuprinsă între 10 și 19 ani, reprezentând un semnal de alarmă asupra debutului timpuriu al comportamentului violent. Leziunile traumatice au fost localizate în principal în jumătatea superioară a corpului. Majoritatea leziunilor traumatice non-fatale au fost produse prin lovirea cu corp dur (70%), respectiv lovirea cu corp dur (38%) și lovirea cu corp tăietor înțepător (21%) în cazul leziunilor traumatice fatale. Aproximativ 6% din decesele de cauză violentă au fost reprezentate de omucideri, în majoritatea cazurilor, decesul victimei survenind imediat, înainte ca orice manoperă de preservare a vieții să poată fi efectuată. Traumatismul cranio-cerebral a reprezentat mecanismul tanatogenerator în jumătate din

decesele traumatice. Mai mult de jumătate din victimele traumatismelor fatale au consumat alcool înainte de debutul conflictului violent.

Concluzii: Amploarea patologiei traumatice secundare violenței interpersonale, comunicată în literatura de specialitate și confirmată la nivel de comunitate de studiul nostru, afectează cu precădere grupele de vârstă tinere și active și conduce la suprasolicitarea sistemului de sănătate. Rezultatele demonstrează nevoia unei reglementări clare, cuprinzătoare și coerente ale practicii medicale adresate acestui segment de patologie, care să integreze sistemul de sănătate în demersul complex adresat pacientului victimă a heteroagresiunii.

Studiul II

Obiectiv: *Identificarea și ierarhizarea principalelor probleme, dificultăți și nevoi de informare ale medicilor în managementul medical al pacientului traumatic mecanic secundar agresiunii interpersonale.*

Metoda de studiu este cercetarea calitativă prin metode combinate: 1. grupul nominal, apreciat ca fiind cea mai eficientă opțiune pentru identificarea și ierarhizarea problemelor și a posibilelor soluții în instituțiile de sănătate, indiferent de profilul acestora sau nivelul asistenței;[10] 2. interviul individual focalizat repetat; 3. studiul de caz. Aria de cercetare: studiu multicentric în care au fost incluse unități medicale de la toate nivelele de asistență medicală din 3 județe. Structura lotului: 50 participanți repartizați în 5 grupuri nominale. Alcătuirea grupurilor nominale s-a realizat printr-o eșantionare dirijată bistadială după principiul reprezentativității în raport cu tema cercetării. În etapa 1 s-a realizat selecția unităților sanitare și a specialităților după metoda cotelor, criteriul de cotă fiind gradul de adresabilitate a patologiei traumatice mecanice secundare agresiunii interpersonale. În etapa a 2-a s-a efectuat selecția subiecților printr-o eșantionare logică, criteriile de selecție fiind experiența individuală relevantă față de tema cercetării și accesibilitatea față de locația de studiu. Ponderea cumulată a specialităților chirurgicale și Medicină de urgență a fost de două treimi.

Rezultate: Cercetarea efectuată în cele 3 locații a relevat rezultate sincrone. La nivelul medicinei de familie am identificat: nevoia unei cunoașteri mai aprofundate a semiologiei traumatice, a unei responsabilizări crescute în ceea ce privește identificarea contextului violent de producere a leziunilor traumatice și o delimitare mai clară a competențelor și limitelor în eliberarea Certificatului medical constator al decesului. La nivelul asistenței medicale de urgență prespitalicească se remarcă: nevoia unei mai bune evaluări și coordonări a situațiilor în care este necesară intervenția mixtă a echipajului de asistență medicală de urgență și echipajelor Poliției și Jandarmeriei, precum și necesitatea de a crea un circuit simplificat în cazul pacientului decedat în timpul transportului. La

nivelul unităților/compartimentelor primiri urgențe am identificat: probleme datorate consemnării sumare a aspectului inițial al leziunilor traumatice care necesită preparare chirurgicală și a parametrilor clinici, biologici și funcționali care descriu starea pacientului la internare, lipsa determinării de rutină a alcoolemiei la pacienții traumatici prin heteroagresiune care necesită spitalizare, precum și lipsa unei practici mai riguroase în ceea ce privește întocmirea și eliberarea documentelor medicale pentru pacienții care nu necesită spitalizare. La nivelul medicinei clinice se remarcă: nevoia unei mai bune conștientizări a medicului curant asupra importanței pe care o are întocmirea corectă și completă a documentației medicale atât pentru pacient (pentru înfăptuirea corectă a actului de justiție), cât și pentru medic (pentru evaluarea corectă a îngrijirilor de sănătate acordate și pentru justificarea deciziilor clinice și terapeutice), precum și nevoia de a îmbunătăți circuitul informațional între medicina clinică, instituțiile de medicină legală, poliție, parchet, instanță.

Concluzii: Există o tendință firească a medicilor de a pune pe primul plan acordarea îngrijirilor medicale și pe plan secundar întocmirea documentelor medicale. Numeroase neajunsuri au fost identificate în ceea ce privește modul de completare și circuitul documentelor medicale. În protocoalele clinice existente nu sunt cuprinse toate aspectele practicii medicale acordate pacientului traumatic secundar heteroagresiunii ceea ce creează probleme medicale, medico-legale și juridice.

Studiul III

este compus din 2 studii subsecvente:

Studiul III.1.

Obiectiv: *Elaborarea și implementarea protocolului de practică medicală pentru patologia traumatică mecanică secundară heteroagresiunii.*

Metode: analiza de conținut a documentelor și analiza critică a datelor la nivel individual și de grup. Protocolul a fost diseminat în formă scrisă participanților. S-a acordat o perioadă de implementare de 3 luni.

Rezultate: Structura protocolului cuprinde 2 părți. În cuprinsul primei părți sunt formulate *Recomandări de ordin general*, aplicabile la toate nivelele de asistență și la toate specialitățile medicale clinice/paraclinice. Informațiile sunt organizate în 7 capitole, corespunzătoare etapelor evaluării clinice a pacientului traumatic: *Anamneza; Examenul obiectiv; Formularea diagnosticului; Întocmirea și eliberarea documentelor; Recomandări și dispensarizare; Relația cu organele de cercetare penală și medicina legală; Răspunderea juridică medicală și confidențialitatea*

informației medicale. A 2-a parte a materialului cuprinde recomandări privind conduita medicală la diferite nivele ale asistenței de sănătate: *Medicina de familie; Asistența medicală de urgență prespitalicească; Unitatea/Compartimentul primiri urgențe; Specialități cu particularizări funcție tipul specialității clinice medicale, chirurgicale sau paraclinice.* Pentru a spori atractivitatea și a asigura concizia informațiilor, prezentarea materialului s-a realizat printr-o reprezentare grafică specifică materialelor informativ-educative.

Studiul III.2.

Obiectiv: *Evaluarea performanței protocolului de practică medicală la diferite nivele ale asistenței de sănătate.*

Metode de evaluare: 1. ancheta de opinie având ca instrument chestionarul asistat aplicat participanților grupurilor nominale de finite în studiul II; 2. interviul semi-structurat individual și de grup. Au fost evaluate prin metoda scorurilor: relevanța, performanța, impactul protocolului, structura generală a materialului și modul de exprimare. De asemenea, participanții au fost invitați să formuleze recomandări pentru îmbunătățirea și dezvoltarea cercetării.

Rezultate: Scorul maxim a fost acordat de către 90% din repondenți pentru itemul „relevanță”; de către 82% din repondenți pentru „eficiență/eficacitate”, de către 78% pentru „impact”; de către 88% din participanți pentru „structura generală a materialului”; de către 92% din lot pentru „claritatea, concizia și precizia exprimării” și de către 76% din lot pentru itemul „prezentarea grafică”.

Concluzie: Evaluarea protocolului a demonstrat capacitatea sa de a integra rezultatele cercetărilor interdisciplinare și de a le transfera într-un model de bună practică cu aplicabilitate imediată. Performanța protocolului a fost demonstrat atât prin calificativele înalte acordate de repondenți indicatorilor cercetării evaluative, cât și de interviurile de grup și individuale care au condus la identificarea unor categorii de beneficii suplimentare celor estimate la începutul cercetării. Direcțiile de dezvoltare a cercetării orientate spre continuarea colaborării intersectoriale sub forma unor nuclee multidisciplinare.

Concluzii generale:

- Ponderea importantă a patologiei traumatice postagresionale în activitatea medicală, insuficienta reglementare a modului de abordare a pacientului traumatic mecanic secundar heteroagresiunii și responsabilitatea medicului în cazul devenirii sale medico-legale au generat o serie de probleme, dificultăți și nevoi de informare ale medicilor la diferite nivele ale asistenței de sănătate.

- Cercetarea calitativă a dificultăților medicului în fața pacientului traumatic a relevat atât necesitatea unei mai bune conștientizări a medicului curant asupra responsabilităților și limitelor în asistența de sănătate acordată pacientului traumatic, cât și nevoia de a operaționaliza noțiunile juridice în practica medicală și de a elabora un set de recomandări pentru toate nivelele de asistență medicală.
- Posibilitățile de aplicare ale protocolului elaborat au fost demonstrate prin testarea sa la diferite nivele ale asistenței de sănătate. Materialul propus a fost apreciat atât din punct de vedere al relevanței, performanței, impactului, cât și a structurii generale, a modului de expunere a informației și a prezentării grafice.
- Aplicabilitatea protocolului este imediată, protocolul fiind construit în contextul legislației medicale și sociale în vigoare, a cadrului actual specific de organizare a sistemului de sănătate în România și a normelor de practică medicală reglementate prin protocolale medicale.
- Beneficiarii protocolului sunt multipli: pacientul – în calitate de beneficiar atât al serviciilor de sănătate, cât și a celor de justiție; medicul – în calitate de furnizor de servicii de sănătate, dar și factor esențial în înfăptuirea actului de justiție; justiția – prin corectitudinea actului de justiție pe baza documentelor medicale și medico-legale eliberate de către medic; factorii de decizie – protocolul fiind un model de bună practică ce poate fi diseminat la nivel național, evaluat și dezvoltat prin contribuția profesioniștilor de sănătate din întreaga țară.
- Cercetarea efectuată reprezintă un argument pentru încurajarea cercetărilor interdisciplinare cu un caracter de aplicabilitate care să conducă la noi instrumente de lucru și la găsirea de noi soluții care să răspundă nevoilor profesioniștilor din domeniile implicate și a unor exigențe superioare în asistența stării de sănătate a individului și comunității.

Cuvinte cheie: *traumatisme mecanice, leziuni traumatice, agresiune interpersonală, protocoale medicale, îngrijiri de sănătate, documente medicale, costuri*

Referințe bibliografice (selectiv):

1. Baier I. Curs de Ortopedie-Traumatologie. Sibiu:Editura Universității “Lucian Blaga” din Sibiu; 2010, p.7-31.
2. Banciu D. Crima și criminalitatea. Repere și abordări juris-sociologice. București:Lumina Lex; 2005.p.9-11.
3. Butchart A, Brown D, Khanh-huynh A, Corso P, Florquin N, Muggah R. Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence. Geneva:World Health

- Organization; 2004.p.4-41. Extras din URL:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596367_eng.pdf; accesat la 14 martie 2011.
4. Cornea A, Micheu E, Cozoș (eds). *Violența și sănătatea în România*. București:RH Printing, 2009. p.9-11;24-171.
 5. Crânguș I, Nițu A, Dragomir I. *Drept penal – parte generală, culegere de lecții*, ed. a 2-a, București:Editura Ministerului Administrației și Internelor; 2006. p.3 și urm.
 6. Curcă GC. Medicul între datorie și răspunderea disciplinară și juridică: confidențialitatea informației medicale. *Revista Română de Bioetică*. 2004;2(4). <http://www.bioetica.ro/index.php/arhiva-bioetica/article/view/347/532>.
 7. Curcă GC, Tutuianu R. Barem orientativ de apreciere a gravității leziunilor traumatice ale scheletului. *Rom J Leg Med*. 2001;9 (1);115-34.
 8. Curcă GC. Elemente de drept medical privind răspunderea profesională și juridică a medicului. [*Ret Nat Med Leg*]. <http://www.legmed.ro/index.php> accesat la 25 iulie 2012.
 9. Dermengiu D (coord). *Medicină legală. Note de curs*. București:Editura Universității; 2011. p.70-110.
 10. Enăchescu D, Sasu C. Tehnica grupului nominal. management în sănătate. 2006;(1):36-9.
 11. Eibl-Eibsfeld I. *Agresivitatea umană*. București:Trei; 2009. p.43-79.
 12. Fulga I. *Traumatologie medico-legală. În: Îndrumar de medicină legală pentru juriști*. București:Editura Didactică și Pedagogică, 2005. p.41-79.
 13. Iftenie V, Boroș A. *Infrațiunile de lovire și vătămare a integrității corporale sau a sănătății*. București:Editura Juridică, 2002. p.10 și urm.
 14. Ioan BG. *Tanatologie medico-legală. Note de curs*. Iași:Junimea; 2007. p.20-35, 49-90.
 15. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (eds). *World Report on Violence and Health*. Geneva:World Health Organizatio; 2002. p.9-11, 243–260.
 16. Liiceanu A (coord). *Analiza fenomenului violenței în societatea românească (1990-2002). Etiologie și dinamică*. București [f.e.]; 2003. p.20-5.
 17. Mider, D. The anatomy of violence: A study of the literature. *Aggress Viol Behav*. 2013;18(6):702–70. [ScienceDirect: S135917891300075X], accesat la 24 iunie 2013.
 18. Mihalache G, Buhaș C. Dificultăți în redactarea constatărilor și expertizelor medico-legale. *Rom J Leg Med*. 2007;11(4):284-7.
 19. Mironiuc A. *Ghid de studiu pentru cursul de chirurgie generală. Noțiuni de bază. Chirurgie generală*. Cluj Napoca:Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu”; 2012. p.2 și urm.
 20. Morar S. *Medicină Legală. Curs. Partea I*. Sibiu:Editura Universității “Lucian Blaga” din Sibiu; 2006.p.1-10, 46-123, 125-7, 75-128.
 21. Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Death preliminary data for 2010. *Nat Vit Stat Rep*. 2012;60(4):1-50. Extras din URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr60/nvsr60_04.pdf; accesat la 14 martie 2013.

22. Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva:World Health Organization; 2002. p.59-66. Extras din URL:<http://whqlibdoc.who.int/publications/924156220x.pdf> accesat la 21 iunie 2013.
23. Rosenberg ML, Butchart A, Mercy J, Narasimhan V, Waters H, Marshall MS. Interpersonal violence. În Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB (eds). Disease Control Priorities In Developing Countries. 2nd ed., , Washington (DC):World Bank. 2006;(40):2-16. Extras din URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11721/> accesat la 22 martie 2011.
24. Stâng OC, Vicol MC. Consimțământul informat. O necesitate a actului medical. Revista Română de Bioetică. 2007;5(2):23-6.
25. Stöckl H, Devries K. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. The Lancet. 2013;382(9895):859-65. [The Lancet]. Extras din URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61205-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61205-2/abstract); accesat la 28 iunie 2013.
26. Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, Basu S, Rehwinkel JA, Butchart A. The economic dimensions of interpersonal violence. Geneva: World Health Organization. 2004; (2):13-33. Extras din URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf> accesat la 23 martie 2011.
27. Wiewiorka M. La violence. Voix et regards. Paris:Balland Coll; 2004, p.329-36.
28. *** Codul de deontologie medicală publicat în Monitorul Oficial nr. 298 din 7 mai 2012.
29. ***Codul Penal al României.
30. ***Codul de Procedură Penală.
31. ***Decizie nr.248 din 1 iulie 2004 a Consiliului Național al Audiovizualului privind protecția demnității umane și a dreptului la propria imagine, publicată în Monitorul Oficial nr. 668 din 26 iulie 2004.
32. ***Institutul Național de Medicină Legală. Raport asupra activității rețelei de medicină legală în anul 2004. București [f.e.]. 2005-2012. p.1-28.
33. ***Legea drepturilor pacientului 46/2003, cu modificările și completările ulterioare; publicată în Monitorul Oficial nr. 51/29 ianuarie. 2003.
34. ***Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare publicată în Monitorul Oficial nr. 372/28 aprilie 2006.
35. ***Legea nr. 306/2004 privind exercitarea profesiei de medic, precum și organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România, cu modificările și completările ulterioare publicată în Monitorul Oficial nr. 578 din 30 iunie 2004.
36. ***Legea 487/2002 republicată în 2012, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată în Monitorul Oficial Partea I nr. 652/2012.
37. ***Ordinul nr. 48/2009 al Ministerului Sănătății privind aprobarea Protocolului național de triaj al pacienților din structurile pentru primirea urgențelor, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 67 din 04.02.2009.

38. *** Ordinul nr. 1.134/C-255 din 25 mai 2000 al Ministerului Justiției și Ministerului Sănătății pentru aprobarea normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, constatările și a altor acte medico-legale, publicat în Monitorul Oficial partea I nr. 459/19.09.2000.
39. *** Ordinul nr. 1706 din 2 octombrie 2007 al Ministerului Sănătății Publice privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primiri urgențe, publicat în Monitorul Oficial, Partea nr. 724 din 25 octombrie 2007.
40. *** World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2011. Geneva: World Health Organization. 2011. p.1-53. Extras din URL: http://www.who.int/substance_abusea...pdf; accesat la 22 martie 2012.