

CĂTRE:

**PROCURORUL GENERAL AL PARCHETULUI
DE PE LÂNGĂ CURTEA DE APEL CLUJ**

Domnule Procuror general,

Subsemnatul, **BURLACU VALERIU**, domiciliat în Alba Iulia, xxxx, având calitatea de **persoană vătămată în Dosarul nr. 52/P/2017**, formulez prezenta

PLÂNGERE ÎMPOTRIVA SOLUȚIEI DE CLASARE

Prin ordonanța din data de 24.05.2017, dată de domnul procuror Irimie Ioan din cadrul Parchetului de pe lângă Curtea de Apel Cluj în dosarul penal nr. 52/P/2017, s-a dispus clasarea cauzei, în temeiul art. 315 alin. 1 lit. b din C. proc. pen. cu referire la art. 314 alin. 1 lit. a din C. proc. pen, rap. la art. 16 alin. 1. lit. b din C. proc. pen.

Consider că soluția dispusă este netemeinică și nelegală pentru următoarele

Considerente:

I. În fapt:

Soția mea, **Burlacu Maria**, decedată la 13.03.2014 la Clinica BMF I Cluj Napoca la scurt timp după o intervenție chirurgicală, s-a prezentat însoțită de subsemnatul în seara zilei de 12.03.2014 la UPU a Spitalului Județean de Urgență Alba pentru **durere toracică violentă, dificultăți la respirație (dispnee)** și un episod de **pierdere a cunoștinței (sincopă)**, survenit la domiciliu în urmă cu aproximativ 15 minute. **TA la prezentare a fost de 170/90 mmHg**, în condițiile în care soția mea suferea de hipertensiune arterială (HTA)

și era sub tratament cu o combinație de două medicamente antihipertensive. Prezentarea în triajul UPU Alba Iulia a avut loc la ora 20,10.

a). La UPU Alba a fost preluată de **dr. Adămuțiu Mariana**, medic specialist de medicină de urgență. Cu toate că dr. Adămuțiu, conform propriei declarații, a suspectat, pe baza simptomatologiei sugestive, un sindrom coronarian acut (angină instabilă sau infarct miocardic acut), aceasta nu a respectat protocoalele medicale în vigoare pentru excluderea acestui sindrom (Ghidul de diagnostic și tratament al sindroamelor coronariene acute fără supradenivelare de segment ST și Protocolul de abordare a durerii toracice în urgență). Astfel, deși protocoalele menționate impun în fața durerii toracice, mai ales însoțită de dispnee, sincopă și puseu hipertensiv, **măsuri specifice și clare** reprezentate de **efectuarea EKG repetate, determinarea în repetiție a enzimelor de necroză miocardică și consult cardiologic**, dr. Adămuțiu s-a limitat la a efectua un singur traseu EKG pe baza căruia a exclus o patologie cardiacă. De asemenea, a interpretat greșit simptomatologia, considerând că durerea este cauzată de o osteomielită mandibulară cronică de care soția mea suferea de mulți ani, pentru care se afla sub tratament și care evoluase favorabil în ultima perioadă. **În ciuda insistențelor soției mele, care își cunoștea bine afecțiunea mandibulară și a arătat în repetate rânduri că era vorba de alt fel de durere, cu altă localizare, și ale subsemnatului, de a se solicita un consult cardiologic, dr. Adămuțiu a refuzat**, stabilind diagnosticul greșit de „Abces parotidian stâng. Osteomielită ram mandibulară”, a decis transferul de urgență al soției mele la Clinica BMF I Cluj.

b). La Clinica BMF I Cluj soția mea a fost preluată de **dr. Onișor Gligor Florin**, medic primar chirurgie orală și maxilo-facială, care era de gardă, internarea făcându-se în jurul orei 1,00, în data de 13.03.2014. Acesta a decis în dimineața zilei de 13.03.2014 că este necesară o intervenție chirurgicală la nivel mandibular. **Consultul preoperator a fost superficial**, bazându-se pe o **anamneză incompletă** în cursul căreia dr. Onișor nu a aflat, conform propriei declarații, despre motivele prezentării soției mele la UPU Alba Iulia. În continuare, **fără a efectua nicio altă investigație**, stabilind diagnosticul de supurație parotideo-maseterină exclusiv pe criterii clinice (cu toate că soția mea nu avea febră, leucocitele erau în limite normale și nu exista niciun alt element care să susțină existența unei infecții), dr. Onișor a transmis decizia de a efectua intervenția chirurgicală medicului anestezișt al clinicii.

Medicul anestezișt, **dr. Recean Elica Ioana**, a efectuat un **consult preanestezișt incomplet, fără a completa o fișă de evaluare preanestezișcă conform cerințelor Societății Române de ATI (SRATI) și fără a respecta etapele obligatorii de excludere a unor afecțiuni grave cerute de protocoalele aceleiași societăți, afecțiuni printre care se numără obligatoriu și sindroamele coronariene acute**. În consecință, nici dr. Recean nu a chestionat-o pe soția mea, conform propriei declarații, asupra motivelor prezentării la UPU Alba Iulia, și nu a efectuat niciun fel de investigații

suplimentare, deși acestea erau de asemenea precizate clar în protocoalele SRATI pentru pacienții hipertensivi sub tratament cu medicamente diuretice, cum era cazul soției mele: EKG, Rx toracic, uree, creatinină, ionogramă. Dr. Recean a decis și efectuat o **anestezie generală intravenoasă (analgosedare)** în cursul căreia s-a realizat intervenția chirurgicală. În timpul intervenției, conform declarației dr. Recean, soția mea a prezentat o **tahicardie sinusală** cu valori ale frecvenței cardiace cuprinse între 110-120 bătăi/minut, dar nici acest semnal de alarmă nu a determinat o monitorizare mai atentă sau alte investigații. **Postoperator**, deși protocoalele SRATI menționează că pacienții cu boli cardiovasculare (în cazul soției mele, HTA) trebuie monitorizați EKG continuu, **nu s-a efectuat această monitorizare. Imediat după întoarcerea în salon, soția mea s-a simțit rău, acuzând din nou dureri toracice și paretezii la nivelul membrelor – simptome tipice pentru infarct miocardic.** Deși medicul rezident Cuibuș Cristian declară la fila 9, paragraful 1, că soția mea a semnalat acest lucru în prezența sa și amedicului anestezist, dr. Recean, nu s-au efectuat investigații pentru lămurirea cauzei acestor acuze, nici nu s-au luat alte măsuri specifice cum ar fi efectuarea unui EKG, determinarea enzimelor de necroză miocardică sau solicitarea unui cardiolog. Apariția simptomelor de infarct **imediat după întoarcerea în salon** reiese atât din declarația medicului rezident Cuibuș Cristian, cât și din consemnările din fișa de observație clinică generală și din discuția telefonică pe care am avut-o cu soția mea în jurul orei 10,00. La aproximativ 3 ore după intervenția chirurgicală starea de sănătate a soției mele s-a degradat sever și s-a instalat **stopul cardiorespirator**, care nu a răspuns la manevrele de resuscitare. Decesul a fost declarat la ora 14,29.

c).La necropsie, efectuată în ziua de 15.03.2014 la morga IML Cluj de către medicul legist dr. Siserman Costel, s-a constatat că **decesul a fost cauzat de uninfarct miocardic recent.**

d). Conform propriei declarații, **dr. Adămuțiu a modificat fișa UPU**, scriind la motivele prezentării „**durere mandibulară**” peste **simptomul „durere toracică”** consemnat de asistenta din triaj, iar la valoarea TA, **120/80 mmHg peste valoarea 170/90 mmHg** măsurată la prezentare. Având în vedere că în cursul cercetării penale desfășurate ulterior, atât expertizele medico-legale cât și avizele comisiilor de medicină legală, referatele de specialitate și declarațiile specialiștilor s-au bazat pe documente scrise, **aceste modificări au avut un impact major asupra concluziilor și aprecierilor formulate, întrucât întregul raționament de stabilire a diagnosticului, investigațiilor și tratamentului medical se bazează pe simptomatologia pacientului.** În cazul soției mele, consemnarea „durere mandibulară” la motivele prezentării și lipsa oricărei mențiuni despre durerea toracică au atras concluzia greșită că infarctul miocardic care a provocat decesul s-a produs fără niciun fel de simptomatologie până la scurt timp înainte de instalarea stopului cardiorespirator, ceea ce în mod evident este fals, **soția mea prezentându-se la UPU Alba Iulia cu o seară**

înainte tocmai pentru simptome tipice de infarct miocardic: durere toracică (și NU mandibulară!), dispnee, sincopă, TA 170/90 mmHg.

e). În cursul cercetării penale, s-au realizat în dosarul cauzei **două expertize medico-legale**, Raportul de expertiză medico-legală nr. 1914/III/121 din 15.05.2014 întocmit de dr. Siserman Costel și Raportul de nouă expertiză medico-legală nr. 6684/VI/f/6 din 10.04.2015 întocmit de o comisie condusă de dr. Dan Perju-Dumbravă, ambii medici legiști la IML Cluj.

Raportul de expertiză al dr. Siserman comportă grave deficiențe întrucât datele de la necropsie nu au fost consemnate oficial într-un **raport de necropsie**. Având în vedere că raportul de expertiză a fost realizat la două luni după efectuarea necropsiei, lipsa unui raport de necropsie face incertă sursa și veridicitatea informațiilor utilizate în raportul de expertiză. De asemenea, raportul de expertiză **nu stabilește nicio corespondență între aspectele macroscopice și cele histopatologice (microscopice)**, enunțate la examinarea miocardului și **nu oferă niciun fel de detalii cu privire la vechimea și cronologia celor două infarcte descrise macroscopic**. **Sub aspect procedural**, atât necropsia cât și expertiza s-au efectuat **cu încălcarea legii**, întrucât nu mi s-a adus la cunoștință dreptul meu, în calitate de persoană vătămată, de a desemna un expert care să participe la necropsie, respectiv la întocmirea expertizei, iar la necropsie nu a participat un medic legist șef, așa cum legea impune în cazurile de moarte puse în legătură cu deficiențe în acordarea asistenței medicale.

Raportul de nouă expertiză al dr. Perju-Dumbravă conține de asemenea **numeroase deficiențe, între care consider că cele mai importante sunt:** faptul că nu remediază decât parțial deficiențele expertizei realizate de dr. Siserman, și anume în privința cronologiei și vechimii infarctelor, care însă rămân în continuare neclare având în vedere elementele noi apărute ulterior la dosarul cauzei, pe care le voi detalia ulterior în cursul prezentei plângeri; discuția cazului pornită de la motive ale prezentării neconforme cu realitatea; lipsa unui buletin de analize lizibil; informația greșită că intervenția chirurgicală s-a efectuat sub anestezie locală; informația greșită că intervenția chirurgicală a reprezentat o urgență majoră care nu a lăsat timp medicilor pentru investigații suplimentare; lipsa unui diagnostic final codificabil ca și cauză a morții. **Concluzionarea absenței relației de cauzalitate între conduita medicală și deces este bazată pe toate elementele neconforme cu realitatea și informațiile eronate menționate.**

Cu toate că la dosarul cauzei se adăugaseră între timp elemente noi care făceau evidente aceste deficiențe ale raportului de nouă expertiză, procurorul de caz din cadrul Parchetului de pe lângă Judecătoria Cluj Napoca, unde era instrumentat dosarul la momentul respectiv, domnul Toader Mirel Aurelian, **a respins cererea subsemnatului de efectuare a unei noi expertize și a decis trimiterea raportului spre avizare către Comisia Superioară Medico-legală din cadrul Institutului Național de Medicină Legală „Mina Minovici”**. Trimiterea spre avizare s-a făcut fără a mi se aduce la cunoștință, deși în calitate

de parte vătămată solicitasem să mi se comunice în scris toate actele realizate în cadrul cercetării penale. Trimiterea spre avizare din 25.10.2016 mi s-a comunicat abia în data de 06.01.2017, făcând astfel imposibilă orice participare a mea, în calitate de parte vătămată, prin depunerea unor solicitări sau consemnări la dosar, și încălcându-mi-se astfel dreptul la apărare și la un proces echitabil. Adresa de trimitere spre avizare nu menționează niciun element nou apărut după întocmirea Raportului de nouă expertiză (expertiza criminalistică și declarațiile martorilor și a subsemnatului care lămuresc motivele prezentării și falsificarea datelor din fișa UPU) și **nici nu precizează motivele pentru care se solicită avizarea, concretizate în întrebări și obiective clare, după cum prevede legea.** Deși sunt trimise spre avizare Raportul de expertiză al dr. Siserman și Raportul de nouă expertiză al dr. Perju-Dumbravă, Comisia Superioară Medico-legală nu face niciun fel de mențiune cu privire la Raportul de expertiză al dr. Siserman, ci avizează doar Raportul de nouă expertiză al dr. Perju-Dumbravă, **fără a motiva însă în niciun fel această concluzie.** În schimb, își exprimă dezacordul cu privire la Opinia expertală întocmită de dr. Lesnic Flaviu Sorin, expert parte în cauză, considerând că conținutul acesteia nu este susținut de datele medicale și medico-legale (necroptice) ale cazului, **de asemenea fără a motiva această afirmație.** Menționez că **Opinia expertală întocmită de dr. Lesnic este singura care ia în considerare motivele reale ale prezentării soției mele la UPU Alba Iulia, concluzionând că există o legătură de cauzalitate directă între lipsa diagnosticării și tratării la timp a infarctului miocardic și decesul soției mele.**

Recent, recitind Raportul de nouă expertiză al dr. Perju-Dumbravă, am constatat cu stupefacție că pasajele care redau constatările la necropsie din Raportul de expertiză al dr. Siserman au fost modificate, falsificându-se informațiile privind descrierea cordului, precum și diagnosticul anatomo-patologic și cauza morții stabilite în Raportul de expertiză medico-legală al dr. Siserman. Astfel, aspectul macroscopic al infarctului recenta fost modificat astfel încât să corespundă unei vechimi mai mari cu cel puțin o lună față de constatările la necropsie originale din Raportul de expertiză al dr. Siserman, iar diagnosticul inițial de infarct miocardic recent a fost șters cu desăvârșire din raport. Asupra acestor fapte voi reveni în detaliu în cursul prezentei plângeri.

II. Ordonanța de clasare din 24.05.2017

Procurorul Ioan Irimie își întemeiază ordonanța de clasare pe art. 16 alin. 1 lit. b din C. proc. pen., susținând astfel că „fapta nu este prevăzută de legea penală sau nu a fost săvârșită cu vinovăția prevăzută de lege”. În acest

sens, domnul procuror afirmă că din materialul de urmărire penală *nu rezultă presupunerea rezonabilă că cei trei medici, Adămuțiu Mariana, Onișor Gligor Florin și Recean Elica Ioana, „ar fi comis acte care să constituie o gravă eroare a medicilor și a personalului medical realizată printr-o vădită imprudență, neglijență sau ignoranță.”*

1. Referitor la dr. Adămuțiu Mariana

a). **Cu privire la vinovăția acesteia**, domnul procuror Irimie afirmă că *nu există presupunerea rezonabilă că dr. Adămuțiu „trebuia și putea să prevadă că acuzele dureroase toracice, dispneea și tensiunea arterială de 170/90 mmHg [...] ridicau suspiciunea unei afecțiuni cardiace severe, pentru a exista culpă, sub forma neglijenței, din partea lui Adămuțiu Mariana”.* „**În absența simptomatologiei cardiace (dureri precordiale, tulburări de ritm, hipoxemie) [Burlacu Maria] a fost investigată pentru durerea toracică și dispnee**” – se arată în continuare.

Aceste afirmații fie sunt făcute cu rea credință, fie demonstrează o confuzie maximă a domnului procuror cu privire la termenii medicali utilizați și semnificația lor. Durerea toracică și dispneea **sunt** simptome cardiace, iar durerile precordiale reprezintă un tip de durere toracică, în timp ce tulburările de ritm și hipoxemia nu reprezintă simptome ci semne obiective constatate de medic. **Nu se poate sub nicio formă afirma că în prezența durerilor toracice, dispneei și TA de 170/90 mmHg dr. Adămuțiu nu trebuia și nu putea să prevadă că acestea ridică suspiciunea unei afecțiuni cardiace severe, întrucât acestea conturează tabloul clinic clasic al unui sindrom coronarian acut** (angină instabilă sau infarct miocardic), care reprezintă la ora actuală una din cauzele principale de mortalitate în lume. Mai mult decât atât, afirmația domnului procuror este contrazisă de **declarația dr. Adămuțiu însăși, care arată că a efectuat demersuri pentru excluderea unui sindrom coronarian acut** (fila 3, paragraful 1). Prin urmare, nu se pune problema că simptomatologia enunțată nu ridică suspiciunea unei „afecțiuni cardiace grave” oricărui absolvent al unei facultăți de medicină, indiferent de specialitate și experiență. **Ceea ce nu a prevăzut dr. Adămuțiu, dând dovadă de neglijență, imprudență și posibil ignoranță, deși trebuia și putea să prevadă, a fost faptul că nu putea exclude un sindrom coronarian acut prin efectuarea unui singur traseu EKG. Asupra acestui fapt se atrage atenția în mod repetat în protocoalele referitoare la durerea toracică, elaborate de autorități în materie și aprobate prin ordin al Ministerului Sănătății, care precizează clar că în prezența durerii toracice, un singur traseu EKG normal nu exclude un sindrom coronarian acut.** De asemenea, interpretarea durerii toracice ca având altă localizare, și anume mandibulară, reprezintă un exemplu tipic de **imprudență** din partea dr. Adămuțiu. Aceasta, sperând în mod ușuratic și insuficient fundamentat că durerea resimțită de soția mea se datora osteomielitei mandibulare, a renunțat să parcurgă toate etapele prevăzute clar de standardele

medicale pentru a exclude un sindrom coronarian acut, amenințator de viață. Aceste etape ar fi fost, conform tuturor standardelor medicale în vigoare, repetarea EKG, determinarea imediată a enzimelor de necroză cardiacă și solicitarea unui consult cardiologic.

Prin urmare, este clar că dr. Adămuțiu trebuia și putea să prevadă că faptul că nu a utilizat toate resursele, conform protocoalelor, pentru excluderea unui sindrom coronarian acut, ar putea avea consecințe dramatice. Prin nerespectarea protocolului, dr. Adămuțiu a neglijat excluderea unei afecțiuni al cărei caracter potențial amenințator de viață era absolut previzibil în lumina cunoștințelor medicale actuale, ceea ce nu lasă nicio urmă de îndoială asupra vinovăției acesteia.

b). Afirmația vădit părtinitoare a domnului procuror Irimie cum că **dispneea** ar fi fost cauzată de durerea atroce mandibulară (**de ce nu de durerea atroce toracică?**), în sprijinul căreia citează în mod tendențios Raportul de nouă expertiză, nu este și nu poate fi demonstrată de niciun element obiectiv, câtă vreme necropsia a arătat că soția mea prezenta în realitate un infarct miocardic în desfășurare. De altfel, în Raportul de nouă expertiză se menționează că dispneea „poate apărea în caz de durere atroce” (pag. 14, paragraful 3), fără a se face referire la sediul acesteia. Menționarea localizării mandibulare îi aparține în totalitate domnului procuror.

c). De asemenea, argumentația conform căreia **durerea toracică** „nu a fost considerată de către dr. Adămuțiu Mariana ca o deviație de la normal a funcției cardiace”, deoarece saturația în oxigen nu a fost afectată și pulsul a fost normal, iar pacienta prezenta osteomielită cronică acutizată care implică o reactivitate imună scăzută a organismului, nu se susține în niciun fel din punct de vedere medical. Saturația în oxigen neafectată și pulsul normal nu exclud nicidecum un infarct miocardic. Durerea toracică din infarctul miocardic acut nu este însoțită de anomalii ale pulsului decât în situația apariției unor tulburări de ritm cardiac, iar saturația în oxigen este afectată doar în momentul instalării insuficienței cardiorespiratorii. Aceste elemente nu este obligatoriu să apară și nu apar întotdeauna în evoluția unui infarct miocardic acut, ceea ce nu scade însă gravitatea și potențialul letal al acestei afecțiuni. **Niciunul dintre protocoalele de specialitate nu menționează nicăieri afectarea saturației în oxigen sau tulburările de ritm drept elemente necesare pentru declanșarea măsurilor de investigare a unui sindrom coronarian acut. Unicul simptom, necesar și suficient, pentru declanșarea protocolului de excludere sau, după caz, de confirmare a unui sindrom coronarian acut este durerea toracică!** („Durerea toracică este simptomul principal care inițiază cascada de diagnostic și tratament” – Ghidul de diagnostic și tratament al sindroamelor coronariene acute fără supradenivelare de segment ST, pag. 3).

Cât despre presupusa reactivitate imună scăzută a organismului, aceasta se referă la capacitatea organismului de a reacționa în fața unei infecții și nu are cum să reprezinte un argument pentru care durerea toracică să nu semnaleze o afecțiune cardiacă.

d).În favoarea afirmării lipsei de vinovăție a dr. Adămuțiu Mariana, domnul procuror Irimie citează în mod selectiv și părtinitor **așa-zisa declarație a dr. Țilea Ioan**, medic primar cardiolog, **nesemnată și deci neasumată de acesta**. Conform acestui document, dr. Țilea arată că „[este] **posibil** ca medicul UPU să nu fi considerat că este necesară chemarea cardiologului”. Domnul procuror omite însă să-l citeze pe același dr. Țilea, care afirmă clar la fila 5, paragraful 2: **„În cazul concret datele puse la dispoziție sunt insuficiente pentru a justifica decizia medicului UPU de a chema sau nu cardiologul”**.

De asemenea, domnul procuror îl citează pe dr. Țilea care spune că „EKG-ul realizat asupra pacientei Burlacu Maria la 12.03.2017, ora 20,20, nu ridică suspiciunea unui accident coronarian”, dar omite faptul că dr. Țilea, la fila 7, paragraful 2, întrebă de subsemnatul dacă putea să existe un infarct miocardic vechi sau în evoluție care să nu fie detectat pe EKG, a răspuns: „Datele sunt insuficiente. Depinde de mai mulți factori care nu reies din actele de la dosar. Doar pe EKG de la dosar este posibil să nu se deceleze un infarct vechi sau în evoluție. **Pe un singur traseu EKG nu.” Din acest răspuns rezultă clar că era necesară repetarea EKG pentru evidențierea sau excluderea unui infarct miocardic, așa cum de altfel precizează și protocoalele menționate anterior.**

Totodată, doresc să precizez că din declarația dr. Țilea rezultă că acesta a avut în vedere un singur infarct vechi (fila 4 paragraful 2), de unde rezultă că a avut la dispoziție varianta falsificată a Constatărilor la necropsie din Raportul de nouă expertiză, în care nu mai era menționat nicăieri diagnosticul de infarct miocardic recent!

Cu privire la scăderea TA de la 170/90 mmHg la 120/80 mmHg, dr. Țilea a arătat că aceasta **putea fi** interpretată în limitele normalului, dar nu a afirmat nicăieri că aceasta era interpretarea corectă în cazul soției mele. Dimpotrivă, la fila 4, paragraful 2, acesta afirmă: „**dacă** [...] pacienta **nu** a prezentat durere toracică, scădere tensională, dispnee, palpitații [...] **nu** consider obligatorie reefectuarea traseului EKG și troponinei I.” Este evident așadar că scăderea tensională **putea fi și un element de gravitate** în cadrul tabloului clinic. **Totodată, rog să observați că soția mea a prezentat toate simptomele menționate de dr. Țilea, simptome care în opinia acestuia ar fi trebuit să determine obligatoriu repetarea EKG și efectuarea troponinei I!** Mai mult decât atât, dr. Țilea vorbește de „**reefectuarea troponinei I**”, ceea ce denotă clar faptul că troponina I ar fi trebuit determinată în repetiție.

Domnul procuror nu ia în considerare nici afirmația dr. Țilea de la fila 6, paragraful 2, conform căreia din buletinul de analize realizate la UPU Alba Iulia **nu reiese existența unei infecții**, leucocitele fiind în limite normale.

Așadar, este evident că domnul procuror Irimie utilizează numai probele în favoarea dr. Adămuțiu Mariana, ignorându-le complet pe cele în defavoarea acesteia și încălcând astfel în mod grosolan obligația procurorului de a asigura, pe bază de probe, aflarea adevărului.

e).În privința vinovăției dr. Adămuțiu Mariana, domnul procuror Irimie **concluzionează** că *nu se poate reține o eroare care să atragă răspunderea penală în favoarea acesteia, iar examinările medicale nu au fost greșite, argumentând aceasta prin faptul că nici dr. Adămuțiu Mariana, nici soția mea, Burlacu Maria, nu aveau cunoștință de faptul că soția mea suferea de afecțiuni cardiace, iar dr. Adămuțiu nu avea cum să „prevadă” acest lucru.*

În primul rând, **faptul că nimeni nu știa că soția mea suferea de afecțiuni cardiace este lipsit de orice relevanță, întrucât nu face parte dintre obligațiile pacientului să se prezinte la UPU cu diagnosticul pus de acasă.** Soția mea s-a adresat serviciului UPU Alba Iulia tocmai pentru a fi diagnosticată și tratată, în condițiile în care acuza simptome tipice pentru o boală cardiacă: durere toracică, dispnee, sincopă, TA 170/90 mmHg. Mai mult decât atât, noi am insistat că simptomele respective pot fi de cauză cardiacă, cerând în mod repetat să se efectueze un consult cardiologic.

În al doilea rând, **dr. Adămuțiu putea și trebuia cu ușurință să diagnosticheze această boală cardiacă dacă ar fi respectat protocoalele medicale privind durerea toracică, așa cum ar fi făcut orice medic care ar fi acordat soției mele îngrijiri medicale conștiincioase și atente, în condiții și cu pregătire profesională similară.**

În concluzie, așa-zisele argumente prin care domnul procuror Irimie o absolvă de vinovăție pe dr. Adămuțiu Mariana sunt lipsite de orice fundament atât din punct de vedere deontologic medical, cât și din punct de vedere științific. Dr. Adămuțiu trebuia să depună toată diligența pentru stabilirea unui diagnostic corect și complet, indiferent de antecedentele, cunoscute sau nu, ale pacientei, și avea obligația profesională de a respecta standardele medicale stabilite prin protocoalele de specialitate, **conform art. 655 alin. 1 din Legea nr. 95/2006.** Acesta precizează că “în acordarea asistenței medicale sau a îngrijirilor de sănătate, **personalul medical are obligația aplicării standardelor terapeutice, stabilite prin ghiduri de practică în specialitatea respectivă, aprobate la nivel național sau, în lipsa acestora, standardelor recunoscute de comunitatea medicală a specialității respective**”. În acest caz, **prin Ordinul Ministerului Sănătății 1059/2009 au fost aprobate: Ghidul de diagnostic și tratament al sindroamelor coronariene acute fără supradenivelare de segment ST, prevăzut în anexa nr. 3, și Ghidul de management al infarctului miocardic, prevăzut în anexa nr. 4.** De asemenea, la data la care soția mea a fost consultată de dr. Adămuțiu, exista publicat **Ghidul de abordare al durerii toracice în urgență al Societății Române de ATI.** Toate aceste ghiduri precizează conduita standard pentru

stabilirea diagnosticului pacientului care se prezintă cu durere toracică, conduită care nu a fost respectată de dr. Adămuțiu Mariana. Așadar, aceasta și-a neglijat obligațiile profesionale prevăzute prin lege, a stabilit un diagnostic greșit și a transferat-o pe soția mea către un serviciu de chirurgie maxilo-facială în loc de unul specializat în cardiologie unde ar fi putut să primească un tratament adecvat care să-i salveze viața.

2. Referitor la dr. Onișor Gligor Florin

a). Cu privire la stabilirea diagnosticului și conduita medicală

Domnul procuror Irimie susține că dr. Onișor a stabilit un diagnostic „*complet, în concordanță cu istoricul și antecedentele patologice*” ale soției mele. Prin această afirmație se neglijează faptul că orice medic, indiferent de specialitate, are datoria de a trata pacientul ca pe un întreg, cu atât mai mult cu cât ne referim la un consult preoperator. În acest sens, limitarea consultului și diagnosticului la specialitatea proprie, în cazul dr. Onișor la patologia maxilo-facială, este o greșeală care poate avea urmări periculoase, întrucât organismul uman funcționează ca un tot unitar și nu pe bucăți. **Prin urmare, era de datoria dr. Onișor să se asigure că pacienta nu prezintă o patologie în prezența căreia riscurile intervenției chirurgicale ar fi depășit beneficiile, efectuând un consult preoperator corect și complet.** Astfel, din „istoricul” menționat de domnul procuror făceau parte în mod obligatoriu și motivele care au determinat prezentarea pacientei la medic, respectiv la UPU Alba Iulia. Atât din declarația dr. Adămuțiu cât și din declarația asistentei din triaj UPU Alba Iulia rezultă clar că soția mea s-a prezentat la spital pentru durere toracică și că atât soția mea cât și subsemnatul am insistat în repetate rânduri că nu era vorba despre durere mandibulară, cerând să se efectueze un consult cardiologic. De asemenea, soția mea a acceptat să fie transferată la Clinica BMF I Cluj numai după ce asupra ei s-au făcut presiuni că în caz contrar va trebui să părăsească UPU sub semnătură, pe proprie răspundere. Faptul că subsemnatul am avut chiar un schimb dur de replici cu dr. Adămuțiu, întrucât aceasta refuza să solicite un consult cardiologic, este atestat și de declarația martorului Pop Vasile, căruia i-am relatat telefonic acest fapt în ziua următoare. **Prin urmare, pentru toate aceste considerente este evident că soția mea nu avea cum să afirme că s-a prezentat la UPU Alba pentru durere mandibulară, așa cum declară dr. Onișor,** cu atât mai mult cu cât acesta este de părere că ea era lucidă, și este clar că nu avea niciun motiv să ascundă adevăratele motive ale prezentării sale la UPU Alba Iulia.

În concluzie, singurul motiv pentru care dr. Onișor nu a aflat că soția mea s-a prezentat la UPU Alba Iulia pentru durere toracică, dispnee și sincopă, având TA 170/90 mmHg, este că anamneza, dacă s-a efectuat, s-a efectuat superficial, soției mele nedându-i-se ocazia de a relata cele întâmplate cu o seară înainte. Dacă anamneza ar fi fost riguroasă, cu siguranță dr. Onișor ar fi aflat de simptomatologia care, conform propriei declarații, i-ar fi

ridicat imediat suspiciunea că pacienta suferă de o patologie cardiacă, determinând amânarea intervenției chirurgicale (fila 5, paragraful 7 și fila 6, paragraful 1) și demararea investigațiilor pentru lămurirea acestei patologii. Abia în acel moment s-ar fi putut vorbi de stabilirea unui „diagnostic complet”.

b). Cu privire la caracterul urgent și oportunitatea intervenției chirurgicale

Domnul procuror Irimie afirmă că, întrucât supurațiile oro-maxilo-faciale reprezintă urgențe medico-chirurgicale care impun intervenția de urgență, practicarea intervenției chirurgicale la soția mea a fost *„corectă și oportună, chiar dacă s-a realizat cu aproximativ 7-8 ore după internarea pacientei”*.

Deși supurațiile oro-maxilo-faciale reprezintă urgențe medico-chirurgicale, trebuie ținut cont de faptul că urgențele medico-chirurgicale sunt de două tipuri: **urgențele majore**, care impun intervenția imediată pentru a preveni degradarea severă a stării pacientului sau chiar decesul, și **urgențele așa-zis „amânate”**, în cazul cărora este în interesul pacientului ca intervenția chirurgicală să fie temporizată, fie în vederea pregătirii acestuia pentru a suporta intervenția în condiții optime (de exemplu prin administrare de antibiotice, transfuzii, etc.), fie pentru a efectua anumite investigații care privesc afecțiunea de bază sau bolile asociate, investigații în urma cărora se stabilește oportunitatea și amploarea intervenției.

Lăsând la o parte faptul că intervenția chirurgicală s-a efectuat asupra soției mele la 8 ore de la internare, ceea ce ar fi lăsat timp suficient pentru investigații suplimentare, **dr. Onișor însuși declară în repetate rânduri că, în fața unei suspiciuni de patologie cardiacă, fie ar fi refuzat din start internarea soției mele, dirijând-o către un serviciu cardiologic (fila 5, paragraful 7), fie, dacă ar fi fost informat de medicul anestezist că există riscuri, ar fi amânat intervenția chirurgicală (fila 8, paragraful 5).**

Prin urmare, este clar că, chiar în viziunea medicului curant care a practicat intervenția chirurgicală, aceasta nu reprezenta o urgență imediată și în niciun caz nu reprezenta genul de urgență care să impună neglijarea unui eventual sindrom coronarian acut în desfășurare.

Cât privește oportunitatea intervenției, din declarația dr. Azamfirei Leonard, audiat ca specialist ATI, rezultă fără niciun dubiu că **procedura chirurgicală și cea anestezică nu au făcut altceva „decât să precipite leziunea coronariană acut instalată” (fila 4, paragraful 4), „potențând evoluția unui infarct în faza lui de constituire” (fila 6, paragraful 1).**

În concluzie, afirmațiile domnului procuror cum că intervenția chirurgicală a reprezentat o urgență și că a fost corectă și oportună sunt false, întrucât rezultă clar că, nu numai că intervenția chirurgicală putea fi temporizată, dar chiar a fost nocivă, potențând și agravând infarctul miocardic acut de care suferea soția mea și care i-a produs decesul.

c). Cu privire la „evaluarea preanestezică”

Domnul procuror Irimie afirmă în ordonanța de clasare că „în sarcina medicului chirurg BMF - Onișor Gligor Florin, nu intra, conform normelor în vigoare, evaluarea preanestezică”, așadar, acesta „nu putea și nu trebuia, în calitatea sa, să solicite un examen cardiologic în situația dată.”

Este evident că chirurgul BMF nu avea obligația să efectueze o evaluare preanestezică, însă la fel de evident este faptul că **orice chirurg, indiferent de specialitate, trebuie să facă o evaluare preoperatorie**. Scopul consultului preoperator este stabilirea unui diagnostic cât mai complet - pe baza unei anamneze riguroase, a unui examen clinic general și local, a istoricului bolii pentru care se are în vedere intervenția cât și al bolilor asociate - și în final aprecierea oportunității și a tipului intervenției chirurgicale. În epoca actuală, ca urmare a apariției specializărilor și supraspecializărilor în medicină, în cazurile care prezintă mai multe tipuri de patologie aceste deziderate nu pot fi atinse decât prin **colaborarea mai multor specialiști într-o echipa multidisciplinară**. Prin urmare, afirmația că chirurgul BMF „nu putea și nu trebuia” să solicite un consult cardiologic, întrucât nu cădea în sarcina sa evaluarea preanestezică, nu cadrează cu medicina secolului 21. **Chirurgul BMF trebuia să efectueze o evaluare preoperatorie amănunțită și nu numai că putea, într-un centru universitar de talia Clujului, dar avea obligația să solicite orice investigații suplimentare ar fi fost necesare, de orice specialitate, pentru a se asigura că riscurile intervenției chirurgicale nu depășesc beneficiile, așa cum s-a întâmplat în cazul soției mele.**

În concluzie, dr. Onișor, în calitate de chirurg BMF și medic curant, a demonstrat neglijență în realizarea primei etape a oricărui tratament chirurgical, și anume evaluarea preoperatorie, care se face înainte de propunerea intervenției propriu-zise și de prezentarea cazului către medicul anestezist. Astfel, evaluarea preoperatorie efectuată de către medicul curant reprezintă primul filtru prin care trece pacientul în procesul de depistare a unor posibile riscuri care ar putea să îi pericliteze starea în combinație cu stresul anestezic și chirurgical, iar efectuarea cu superficialitate a acestei etape poate avea consecințe dramatice, așa cum s-a întâmplat în cazul soției mele. Așadar, vinovăția dr. Onișor este evidentă.

3. Referitor la dr. Recean Elica Ioana

a). Cu privire la evaluarea preanestezică și la supravegherea intra și postanestezică

Domnul procuror Irimie se limitează să discute tehnica aleasă de dr. Recean pentru anestezie, despre care afirmă că a fost „în concordanță cu practica actuală”. Rog să observați că faptul că medicamentele anestezice alese și dozele utilizate au fost adecvate pentru o analgosedare nu atrage după sine în mod necesar faptul că anestezia a fost oportună și lipsită de riscuri. După cum am arătat anterior, dr. Leonard Azamfirei, audiat în calitate de specialist ATI, a fost de părere că stresul anestezic și chirurgical nu a făcut decât să potențeze infarctul miocardic în desfășurare, agravând starea soției mele, ceea ce a dus în cele din urmă la deces. **În mod părtinitor, domnul procuror nu face nicio referire la evaluarea preanestezică a pacientei, mărgininu-se să afirme că aceasta nu cădea în sarcina chirurgului BMF, fără a relua acest aspect când discută conduita medicului anestezist.** Se afirmă doar că *faptul că soția mea „s-a putut trezi din anestezie” demonstrează că dr. Recean „și-a îndeplinit îndatoririle de medic”*.

Cu toate acestea, activitatea medicilor anesteziști este reglementată în România de Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1500/2009. Conform acestui ordin, „Medicii specialiști/primari din secția/compartimentul ATI au în principal următoarele atribuții: a). **asigură îngrijirea perioperatorie a pacienților chirurgicali (examen preanestezic și pregătirea preoperatorie specifică, administrarea anesteziei și terapia intensivă intraoperatorie, urmărirea postanestezică) în conformitate cu protocoalele recomandate de SRATI și adoptate de secție**” (art. 22, alin.3). **Prin urmare, responsabilitățile medicului anestezist sunt mult mai complexe decât trezirea pacientului din anestezie.**

În ceea ce privește **evaluarea preanestezică**, precum și conduita dr. Recean Ioana în general, am depus la dosarul cauzei, în data de **17.05.2017**, **Note scrise** în care am arătat pe larg importanța evaluării preanestezice, precum și faptul că, la fel ca și monitorizarea intra și postanestezică, aceasta se face în conformitate cu standardele Societății Române de ATI, după cum impune și ordinul citat mai sus. De asemenea, am detaliat aceste standarde și am arătat că din chiar declarația dr. Recean reiese clar că ele nu au fost respectate. Reiau pe scurt aceste aspecte:

- nu s-a completat o fișă de evaluare preanestezică, conform protocoalelor SRATI, și nici nu s-au cules informațiile obligatorii referitoare la existența în antecedente a durerilor toracice și a dispneei, după cerințele acestei fișe elaborate de SRATI; respectarea acestui punct ar fi dus cu certitudine la suspiciunea de afecțiune cardiacă și efectuarea de investigații suplimentare;

- nu s-a lămurit dacă TA era sau nu controlată sub tratament, nici nu s-a administrat tratament antihipertensiv în dimineața intervenției, conform protocoalelor SRATI, și nu s-au cercetat antecedentele soției mele referitoare la boala hipertensivă; respectarea acestui punct ar fi dus la aflarea unor informații despre puseul hipertensiv de 200/115 mmHg însoțit de dureri toracice suferit de soția mea în 16.01.2014 (când probabil a avut loc infarctul vechi, cicatrizat descoperit la necropsie) și consemnat în fișa medicului de familie, ceea ce ar fi

ridicat suspiciuni în privința unei afecțiuni cardiace și ar fi impus efectuarea de investigații suplimentare;

- nu s-au efectuat investigațiile preoperatorii obligatorii, conform ghidurilor SRATI, în cazul unei paciente hipertensive, aflată sub tratament cu diuretice: EKG, Rx toracic, uree, creatinină, ionogramă;

- nu s-au luat măsuri pentru lămurirea cauzei tahicardiei sinusale pe care soția mea a prezentat-o pe tot parcursul anesteziei, deși protocoalele SRATI atrag atenția că tahicardia sinusală poate potența o leziune miocardică;

- nu s-au respectat protocoalele SRATI privind monitorizarea postoperatorie a pacienților cu factori de risc coronarieni (printre care se numără și HTA), și anume monitorizare EKG continuă.

Subliniez faptul că toate aceste aspecte reies din însăși declarația dr. Recean, aflată la dosarul cauzei, și că toate încălcările protocoalelor SRATI, pe care dr. Recean avea obligația profesională să le respecte, sunt documentate în detaliu în Notele scrise depuse la dosar. Din păcate, domnul procuror Irimie a ales din nou să ignore total aceste probe care demonstrează clar neglijența, imprudența, ignoranța și în general lipsa de profesionalism cu care a fost tratată soția mea de către medicul anestezist Recean Ioana. Orice alt medic cu pregătire similară, respectând punctele enunțate mai sus din protocoalele SRATI, ar fi avut tot atâtea șanse de a diagnostica infarctul miocardic în desfășurare de care suferea soția mea și de a iniția măsuri specifice care i-ar fi putut salva viața.

b). Cu privire la caracterul urgent al intervenției chirurgicale

În ordonanța de clasare, domnul procuror Irimie reiterează considerațiile despre caracterul urgent al intervenției chirurgicale, care nu a lăsat timp medicului anestezist să efectueze consulturi interdisciplinare sau alte investigații suplimentare, aducând în sprijinul acestor considerații concluziile Raportului de nouă expertiză întocmit de dr. Perju-Dumbravă. După cum am arătat în repetate rânduri, inclusiv mai sus în prezenta plângere, **faptul că intervenția chirurgicală nu a reprezentat o urgență imediată a fost afirmat și subliniat de chiar medicul chirurg BMF care a efectuat intervenția, dr. Onișor Gligor Florin, în propria declarație.** Mai mult decât atât, **procurorul Toader din cadrul Parchetului de pe lângă Judecătoria Cluj Napoca** a arătat de asemenea în ordonanța din 07.08.2015: „Argumentul că intervenția chirurgicală la nivel maxilo-facial a fost efectuată de urgență, fiind imposibilă astfel realizarea investigațiilor suplimentare cu privire la funcția cardio-vasculară a pacientei, *nu poate fi reținut în condițiile în care intervenția chirurgicală s-a realizat la mai bine de opt ore de la internare și stabilirea diagnosticului.*” Și nu în ultimul rând, **dr. Recean a fost sancționată cu „vot de blam” de către Comisia Superioară de Disciplină a Colegiului Medicilor din România** pe motiv că „nu poate face dovada unui consult corect și competent în ceea ce privește investigarea funcției cardiace a pacientei”, „nu poate face

dovada pregătirii preoperatorii în ceea ce privește investigațiile obligatorii a fi fost efectuate”, „nu poate face dovada efectuării unui consult ATI complet și competent în ceea ce privește diagnosticarea riscului preanestezic” – prin urmare, **Comisia a considerat că exista suficient timp pentru toate acestea, ceea ce infirmă încă o dată caracterul de urgență absolută al intervenției.**

c). Cu privire la monitorizarea postoperatorie

Domnul procuror Irimie afirmă că „*din punct de vedere chirurgical oro-maxilo-facial, tratamentul postoperator administrat, precum și monitorizarea pacientei Burlacu Maria au fost conforme cu principiile de tratament în vigoare – tratament antibiotic și antiinflamator*”, susținând că această concluzie aparține Comisiei Superioare de Disciplină București. Această afirmație este falsă, demonstrând încă o dată atitudinea părtinitoare a domnului procuror, care merge până la a deforma realitatea pentru a pune medicii într-o lumină favorabilă. În realitate, citatul de mai sus aparține Comisiei de Disciplină a Colegiului Medicilor Cluj, care a dispus stingerea acțiunii disciplinare împotriva dr. Onișor și dr. Recean. În urma contestării acestei de decizii de către subsemnatul, cazul a fost referit Comisiei Superioare de Disciplină a Colegiului Medicilor din România, care **a admis contestația și a anulat decizia Comisiei de Disciplină a Colegiului Medicilor Cluj, aplicând dr. Recean Ioana sancțiunea „vot de blam”, unul dintre motive fiind tocmai supravegherea postanestezică defectuoasă, la acesta adăugându-se motivele enunțate mai sus.**

d). Cu privire la declarația dr. Azamfirei Leonard

Domnul procuror Irimie face apel la declarația dr. Azamfirei Leonard, audiat în calitate de specialist ATI, pentru a-și susține afirmația că dr. Recean Ioana a avut o conduită medicală adecvată. Rog să observați că **întreaga argumentație a dr. Azamfirei menționată de domnul procuror pornește de la două premise care ulterior, după cum am arătat mai sus, s-au dovedit a fi false: prima, că soția mea s-a prezentat la UPU Alba Iulia pentru afecțiunea mandibulară (fila 4, paragraful 2), și a doua, că intervenția chirurgicală a reprezentat o urgență imediată (fila 4, paragrafele 3 și 5).** În consecință, dr. Azamfirei apreciază conduita medicală a dr. Recean în cazul presupus al unei paciente care s-a prezentat la spital pentru o afecțiune mandibulară ce reprezenta o mare urgență chirurgicală, ceea ce nu corespunde realității. Pe de altă parte, **Societatea Română de ATI** a stabilit protocoale clare atât în ceea ce privește evaluarea preanestezică, cât și în ceea ce privește supravegherea intra și post anestezică, iar **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1500/2009, la art. 22 alin. 3**, consemnează explicit obligația medicilor anesteziști de a respecta aceste protocoale. Această obligație a medicilor în general este menționată și în **Legea 95/2006, art. 655 alin.1**. Prin urmare, opinia subiectivă a unui medic, chiar audiat în calitate de specialist, **nu poate prevala asupra prevederilor legale de**

exercitare a profesiei de medic și asupra protocoalelor aprobate de autoritatea profesională din specialitatea respectivă. Aceasta cu atât mai mult cu cât și forul suprem care apreciază conduita medicilor din România, **Comisia Superioară de Disciplină a Colegiului Medicilor**, concluzionează clar că dr. Recean a încălcat atât „normele de etică profesională, de deontologie medicală” cât și „normele de bună practică profesională”, motiv pentru care i-a și aplicat acesteia sancțiunea „vot de blam”.

4. Referitor la deciziile Comisiei de Disciplină a Colegiului Medicilor Alba și Comisiei Superioare de Disciplină București

Domnul procuror Irimie încearcă să minimalizeze importanța faptului că dr. Adămuțiu și dr. Recean au fost sancționate de Comisia de Disciplină a Colegiului Medicilor Alba și respectiv de Comisia Superioară de Disciplină a Colegiului Medicilor din România, arătând că deciziile acestor comisii „*au vizat sfera disciplinară a conduitei cadrelor medicale de specialitate, care nu echivalează cu răspunderea penală a acestora*”. Nu este însă mai puțin adevărat faptul că, în cazul de față, **răspunderea penală a medicilor implicați nu se poate stabili fără a aprecia corectitudinea conduitei lor medicale prin raportarea la niște standarde, iar comisiile sus menționate reprezintă din acest punct de vedere autorități profesionale.** Atâta vreme cât Colegiul Medicilor apreciază că au fost încălcate normele de bună practică medicală, culpa este evidentă. De asemenea, deși domnul procuror își întemeiază ordonanța de clasare pe lipsa vinovăției medicilor, **faptul că autoritatea profesională consideră că au fost încălcate normele de bună practică profesională implică fără niciun dubiu faptul că, într-o situație similară, orice alt medic cu aceeași pregătire profesională, în condiții de prudență medie, ar fi evitat printr-o conduită adecvată, consecințele tragice ale neglijenței medicilor implicați. Cu alte cuvinte, medicii implicați trebuiau și puteau să prevadă aceste consecințe ale conduitei lor, ceea ce demonstrează clar că faptele au fost săvârșite cu vinovăție.**

5. Referitor la vechimea și cronologia infarctelor

În Ordonanța de clasare, domnul procuror Irimie descrie „*trei zone de infarct: un infarct vechi (descriș ca și fibroză miocardică), cu o vechime de cel puțin un an); un infarct recent (descriș ca și cicatrice miocardică recentă) cu vechime de aproximativ 4-5 săptămâni până la 2 luni; și unul supraacut (tromboză coronariană prin înfundarea arterei coronare și care a fost tanatogeneratoare) care s-a produs într-un interval de 5 până la 7 ore anterior decesului*”.

Rog să observați că la dosarul cauzei există un număr de **4 opinii de specialitate privind vechimea și cronologia infarctelor**, după cum urmează:

- Raportul de expertiză întocmit de dr. Siserman, care conține constatările de la necropsie (15.05.2014);
- Reexaminare pe secțiuni noi de perete cardiac, efectuată de asemenea de dr. Siserman (26.02.2015), care se regăsește în Raportul de nouă expertiză;
- opinia Prof. dr. Maria Sajin, șef Disciplină Anatomie Patologică la UMF Carol Davila, București (26.11.2014);
- declarația de martor a dr. Mic Ioana, medic legist (21.08.2015), care a participat la necropsie în calitate de medic rezident și a realizat secționarea cordului.

a). Raportul de expertiză al dr. Siserman

În raportul de expertiză sunt descrise:

- *macroscopic* – **2 zone de infarct**, unul la nivelul **peretelui anterior al ventriculului stâng, de dimensiuni 5/4/1,5 cm**, cu aspect de zonă de consistență scăzută și culoare *brun-roșietică*, **ce interesează toată grosimea peretelui**; și unul la nivelul **septului interventricular, de dimensiuni 1,5/1/0,5 cm**, cu aspect de zonă alb sidefie;

- *microscopic* – **un singur infarct**, descris ca proliferare de țesut conjunctiv cu vase de neoformație și redus infiltrat inflamator limfocitar.

Nu există nicio informație cu privire la sediul din care a fost recoltat țesutul pentru examinarea microscopică, prin urmare nu se cunoaște dacă acesta aparține vreunui dintre zonele de infarct descrise macroscopic, căreia dintre ele, sau a fost recoltat din altă zonă de miocard. Nu se face nicio referire la vechimea sau cronologia infarctelor.

Conform datelor din literatura de specialitate, descrierile celor două infarcte decelate *din punct de vedere macroscopic* la necropsie, precum și aspectul evidențiat de fotografiile DSC03746 și DSC03747, realizate cu ocazia necropsiei și aflate la dosarul cauzei, corespund:

- cea de la nivelul **peretelui anterior al ventriculului stâng**, unui **infarct miocardic transmural recent, produs la 12-24 de ore înaintea decesului (zona brun-roșietică de 5/4/1,5 cm)**;

- cea de la nivelul **septului interventricular, cicatricei unui infarct vechi, de cel puțin 1-2 luni (zona alb sidefie de 1,5/1/0,5 cm)**.

Aspectul descris *microscopic*, cu proliferare de țesut conjunctiv cu vase de neoformație și redus infiltrat limfocitar, ar corespunde, **conform literaturii de specialitate**, unui **infarct cu vechimea de 3-7 zile**. Această estimare este **confirmată și de opinia dr. Sajin**, după cum voi detalia mai jos.

b). Reexaminarea pe noi secțiuni de perete cardiac

Sunt descrise din punct de vedere *microscopic* două infarcte:

- unul ca zonă de țesut de granulație și organizare conjunctivă, cu depunere de colagen, vase de neoformație cu endoteliu prezent și redus infiltrat limfocitar – estimat, în concordanță cu datele din literatură, ca fiind produs cu **4-5 săptămâni până la 2 luni** înaintea decesului;

- pe baza existenței unui vas de sânge trombozat (înfundat) și a absenței modificărilor specifice unui infarct foarte recent (necroză celulară, invazie de polimorfonucleare neutrofile), întrucât se cunoaște că în primele 6 ore nu se evidențiază niciun fel de modificări la microscopul optic, **se presupune** existența unui **infarct cu vechime de 5-7 ore**, deci în afara posibilității de detecție prin mijloacele utilizate în mod obișnuit.

Se arată că pentru confirmarea acestui din urmă infarct ar trebui efectuate **examinări imunohistochimice, care însă, în ciuda insistențelor subsemnatului (așa cum rezultă din cererile în probațiune), nu au fost cerute de către procurorii care au instrumentat cazul.** De asemenea, doresc să arăt că **infarctele foarte recente pot fi confirmate prin determinarea enzimei CK-MB din lichidul pericardic, metodă intrată în practica medico-legală, care de asemenea nu a fost utilizată cu ocazia necropsiei.**

c). Opinia Prof. dr. Maria Sajin

Sunt descrise și evaluate (doar pe baza Raportului de expertiză al dr. Siserman și în lipsa fotografiilor) trei infarcte:

- *macroscopic* – unul **la nivelul peretelui anterior al ventriculului stâng, de culoare brun-roșietică și dimensiuni 5/4/1,5 cm**, estimat ca fiind produs cu **5-7 zile** înainte decesului; acesta este confirmat și *microscopic*, printr-un aspect de țesut de granulație, vase de neoformație și infiltrat limfo-monocitar;

- *macroscopic* – unul **la nivelul septului interventricular, cu aspect de cicatrice fibroasă lucioasă și dimensiuni de 1,5/1/0,5 cm**, estimat ca având o vechime de aproximativ **6 luni**;

- **se presupune** existența unui **al treilea infarct** care, din cauza timpului foarte scurt până la deces, nu poate fi evidențiat.

d). Declarația de martor a dr. Mic Ioana

Doar pe baza fotografiei DCS03746, deci *macroscopic*, sunt descrise două infarcte:

- un **infarct recent de 2-5 zile**;
- un **infarct vechi de cel puțin 3-4 săptămâni.**

În concluzie, avem de-a face cu **patru opinii care concordă numai parțial**, și care ar putea fi rezumate ca descriind:

- un **infarct al peretelui anterior al ventriculului stâng, transmural**, cu dimensiuni de 5/4/1,5 cm, estimat ca având o vechime de **5-7 zile** (dr. Sajin), respectiv **2-5 zile** (dr. Mic);

- un infarct cu vechime de **4-5 săptămâni până la 2 luni** (dr. Siserman), descris microscopic, care însă nu are corespondent macroscopic, întrucât un infarct cu această vechime ar fi trebuit să apară macroscopic ca o zonă galbenă cu margine roșie-cenușie, ceea ce nu se regăsește în constatările la necropsie;
- un **infarct cicatrizat**, cu vechime decel puțin **3-4 săptămâni** (dr. Mic), respectiv **6 luni** (dr. Sajin), la nivelul **septului interventricular**;
- **se presupune existența unui infarct supraacut, de 5-7 ore**, care nu poate fi evidențiat prin tehnicile utilizate (dr. Siserman, dr. Sajin).

Literatura de specialitate descrie trei etape în cursul cărora are loc cicatrizarea leziunii de necroză apărută ca urmare a ischemiei acute din infarctul miocardic. Prima corespunde unei **faze inflamatorii**, în care se produce o reacție la apariția celulelor miocardice necrozate, tradusă printr-o invazie a celulelor inflamatorii care *vin să curețe zona infarctată de celule moarte și detritusuri celulare*. Urmează o **fază proliferativă**, în care *țesutul mort este înlocuit de țesut fibros*, prin apariția vaselor de neoformație, a fibroblastelor (celule conjunctive tinere) și depunere de colagen lax. Ulterior vindecarea este consolidată printr-o **fază de maturare**, cu *formarea unei cicatricei* acelulare, cu depunere de colagen dens.

Aceste faze se întrepătrund, neputând fi delimitate foarte exact una de cealaltă, astfel încât singura modalitate de a concluziona vechimea infarctelor constatate la necropsie este de a corela aceste constatări cu aspectele clinice ale evoluției infarctelor.

În cazul soției mele, **infarctul vechi, cicatrizat de la nivelul septului interventricular** corespunde fie prezentării la UPU Alba Iulia din 24.12.2013, când a fost prezentă durerea toracică și s-a diagnosticat o nevralgie intercostală, fie prezentării la medicul de familie, în 16.01.2014, când a fost de asemenea prezentă durerea toracică însoțită de un puseu hipertensiv de 200/115 mmHg, interpretată din nou ca și nevralgie intercostală. Cât despre **infarctul recent de mari dimensiuni de la nivelul peretelui anterior al ventriculului stâng, acesta nu poate să corespundă decât manifestărilor dinaintea și din cursul prezentării la UPU Alba Iulia în seara zilei de 12.03.2014, cu o zi înainte de deces – durere toracică violentă, cu dispnee, sincopă, TA 170/90 mmHg**. Acestui infarct cu vechime de 12-24 de ore îi corespunde și aspectul macroscopic, brun-roșietic, descris în Constatările la necropsie de către dr. Siserman. Menționez că unui infarct cu vechime de la 3 zile în sus ar fi trebuit să îi corespundă un aspect macroscopic de zonă palidă sau galbenă, cu margine roșie-cenușie, aspect care nu s-a regăsit la necropsie.

Doresc să arăt faptul că precizarea cât mai exactă posibil a numărului, vechimii și cronologiei infarctelor este de importanță capitală pentru interpretarea simptomatologiei și pentru aprecierea conduitei medicale corecte care ar fi trebuit adoptată. Pentru acest motiv și pentru toate cele descrise mai

sus, am solicitat, prin Completarea la cererea în probațiune depusă la dosar în 27.04.2017, **confruntarea constatărilor de la necropsie cu fotografiile realizate cu ocazia necropsiei și cu rezultatele histopatologice, eventual realizarea de noi secțiuni și de examinări imunohistochimice, pentru lămurirea numărului, cronologiei și vechimii infarctelor în vederea aflării adevărului privind cauza și împrejurările decesului soției mele.** De altfel, cerusem lămurirea acestor aspecte și în Cererea de probe din 26.08.2016, la care nu am primit răspuns până în 13.01.2017, când cererea a fost respinsă, nemotivându-se în niciun fel refuzul de a dispune examinări imunohistochimice pentru confirmarea existenței presupusului infarct supraacut, acesta rămânând nedemonstrat până în acest moment. De asemenea, am depus la dosarul cauzei, în ziua de 30.05.2017, o Cerere de efectuare a unei noi expertize, care mi-a fost returnată de către Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Cluj întrucât dosarul fusese clasat din 24.05.2017. Având în vedere că mie mi-a fost comunicată Ordonanța de clasare abia în 31.05.2017, anexez această cerere prezentei plângeri, rugându-vă să luați în considerare faptul că în cuprinsul ei am discutat pe larg deficiențele celor două expertize, inclusiv în ceea ce privește stabilirea numărului, cronologiei și vechimii infarctelor, solicitând efectuarea unei noi expertize care să lămurească aceste aspecte.

Rog să observați, de asemenea, că în **Ordonanța de clasare** este menționat infarctul „recent” ca având o vechime de 4-5 săptămâni până la 2 luni, ceea ce nu corespunde realității, întrucât un infarct cu această vechime ar fi avut, conform datelor din literatura medicală, un alt aspect macroscopic, respectiv galben cu margini roșii-cenușii și nu brun-roșietic. De asemenea, nu se pomenește nimic despre infarctul de 5-7 zile descris de dr. Sajin, respectiv de 2-5 zile descris de dr. Mic. **Prin urmare, vechimea infarctului recent de mari dimensiuni (5/4/1,5 cm) de la nivelul peretelui anterior al ventriculului stâng este apreciată greșit, în mod intenționat, de către domnul procuror, pentru a ascunde adevărul, ca fiind de 4-5 săptămâni până la 2 luni.** În realitate, atât aspectul macroscopic cât și cel microscopic corespund unui infarct mult mai recent, cu vechime sub o săptămână. **Cel mai probabil acest infarct a debutat cu 12-24 de ore înaintea decesului, corelându-se din punct de vedere clinic cu manifestările resimțite de soția mea în seara zilei de 12.03.2014 – durere toracică violentă, dispnee, sincopă, TA 170/90 mmHg.** De asemenea, în ordonanță este descris un infarct vechi pe care niciuna din opiniile de specialitate de la dosar nu îl descrie cu vechime de un an, așa cum afirmă domnul procuror, ci de 1-6 luni.

e). Raportul de nouă expertiză

Toate aceste neconcordanțe au fost induse intenționat prin Raportul de nouă expertiză întocmit de comisia de la IML Cluj condusă de dr. Perju-Dumbravă, în care sunt falsificate, în mod grosolan, constatările

de la necropsie așa-zis citate din Raportul de expertiză al dr. Siserman.S-a realizat în mod intenționat o mistificare a informațiilor medico-legale în ceea ce privește descrierea macroscopică a cordului, ceea ce a permis ulterior modificarea diagnosticului anatomicopatologic și a cauzei morții.

Astfel, în **Constatările la necropsie din Raportul de expertiză medico-legală (pag. 4 – descrierea cordului)**, dr. Siserman consemnează: „la nivelul peretelui anterior, corespunzător ventriculului stâng [cordul] prezintă o zonă de *culoare brun-roșieticăce interesează toată grosimea peretelui*, de consistență scăzută, cu dimensiunea de 5/4/1,5 cm” (aspect care corespunde și fotografiei DSC03746, realizată la necropsie). În **Raportul de nouă expertiză (pag. 8)**, în care sunt „citate” Constatările la necropsie din Raportul de expertiză al dr. Siserman, aceeași zonă de infarct este descrisă macroscopic astfel: „la nivelul peretelui anterior corespunzător ventriculului stâng [cordul] prezintă o *zonă hiperemică* de consistență scăzută, *culoare roșu-cenușie*, cu dimensiunea de 5/4/1,5 cm”. Descrierea macroscopică din Raportul de expertiză al dr. Siserman corespunde, conform datelor din literatură, unui infarct miocardic recent cu vechime de 12-24 de ore, în timp ce schimbarea descrierii zonei respective de infarct în Raportul de nouă expertiză s-a făcut cu intenția clară de a face ca acest infarct să pară mult mai vechi, favorizând astfel medicii implicați prin eliminarea unui infarct în desfășurare pe perioada cât soția mea a fost sub îngrijirea lor.

În continuare, la Diagnosticul anatomicopatologic macroscopic, punctul 7 a fost modificat din „**Infarct miocardic recent**. Cicatrice miocardică. Fibroză miocardică” (Raportul de expertiză, pag. 4) în „Cicatrice miocardică. Fibroză miocardică” (Raportul de nouă expertiză, pag. 9) – așadar, „**infarctul miocardic recent” a dispărut!** De asemenea, la Concluzia nr. 2, în Raportul de expertiză apare: „Ea [moartea] s-a datorat insuficienței cardio-respiratorii acute consecutiv unui infarct miocardic *recent*” (pag. 5), pe când în Raportul de nouă expertiză, la Concluzia nr. 2 apare: „Ea [moartea] s-a datorat unei insuficiențe cardio-respiratorii consecutiv unui infarct miocardic *extins*” (pag. 10).

În Discuția cazului din cadrul Raportului de nouă expertiză (pag. 15) se concluzionează că aspectele evidențiate la examenul histopatologic din Raportul de expertiză al dr. Siserman corespund cu aspectele evidențiate în Reexaminarea pe secțiuni noi de perete cardiac. **Aceasta este o nouă mistificare, întrucât aspectele microscopice evidențiate în Raportul de expertiză al dr. Siserman corespund, conform datelor din literatură, unui infarct cu vechime de 3-7 zile, după cum confirmă și doamna Prof. dr. Sajin, pe când aspectele microscopice evidențiate la Reexaminarea pe noi secțiuni de perete cardiac corespund unui infarct cu vechime de 4-5 săptămâni până la 2 luni.**

În continuare, Discuția cazului se axează pe acest infarct cu vechime de 4-5 săptămâni până la 2 luni, care nu are corespondent macroscopic în Constatările la necropsie originale din Raportul de expertiză al dr. Siserman, despre care se arată că nu a fost diagnosticat și tratat atunci când s-a produs și mai mult, nu s-a evidențiat pe EKG. **Pentru a susține faptul că infarctul respectiv nu s-a evidențiat pe EKG, s-a omis intenționat expresia „ce cuprinde toată grosimea peretelui” în Raportul de nouă expertiză. Această expresie, care apare explicit în Constatările la necropsie, denotă un infarct transmural, care la localizarea și dimensiunile respective era imposibil să nu se evidențieze pe EKG, după cum voi detalia mai departe în cuprinsul prezentei plângeri. Nu se pomenește nimic nici despre presupusul infarct cu vechime de 5-7 ore, deși acesta a fost menționat în Reexaminarea pe secțiuni noi de perete cardiac citată de Raportul de nouă expertiză.**

Prin urmare, în Raportul de nouă expertiză s-au operat modificări, atât în ceea ce privește aspectele macroscopice cât și în ceea ce privește aspectele microscopice (histopatologice), al căror rezultat este că infarctul recent, transmural, de 5/4/1,5 cm, dispăre atât din descrierea macroscopică cât și din diagnosticul anatomo-patologic macroscopic și din concluzia privind cauza morții, permițând astfel enunțarea ca și cauză a morții în Raportul de nouă expertiză „tulburări circulatorii pe fondul unor microtromboze în teritoriul unui infarct miocardic în curs de organizare, cu vechimea de 4-5 săptămâni până la 2 luni cu aspect histopatologic de cicatrice miocardică recent constituită” (pag. 19). De asemenea, se introduce ideea unui posibil infarct cu vechime de 5-7 ore, deci produs în timpul intervenției chirurgicale sau imediat după aceasta, care să explice decompensarea cardiacă ce a dus la stopul cardiorespirator și deces.

În concluzie, este evident că scopul tuturor acestor modificări a fost falsificarea cauzei morții prin omiterea infarctului miocardic recent (12-24 de ore), transmural, și înlocuirea acestuia cu un infarct mult mai vechi (4-5 săptămâni până la 2 luni), non-transmural, despre care să se poată pretinde că nu se cunoștea nimic și că nu s-a evidențiat pe EKG, eventual urmat de un alt infarct cu vechime de 5-7 ore a cărui evoluție fulminantă ar fi făcut imposibilă orice reacție din partea medicilor. Mai mult decât atât, Raportul de nouă expertiză menționează ca și cauză a morții o descriere histopatologică („tulburări circulatorii pe fondul unor microtromboze în teritoriul unui infarct miocardic în curs de organizare”) care nu reprezintă propriu-zis un diagnostic, motiv pentru care nici nu se poate codifica pe baza Codificării Internaționale a Bolilor. Numai în acest fel a fost posibil să se concluzioneze lipsa unei relații de cauzalitate între conduita medicală și decesul soției mele, întrucât dacă s-ar fi menținut datele inițiale ar fi reieșit clar că soția mea a suferit un infarct miocardic recent, masiv, transmural, cel mai probabil în seara zilei de 12.03.2014, care

prin dimensiuni și localizare face absolut inadmisibilă lipsa unui diagnostic pus la timp și urmat de un tratament adecvat.

Mă întreb cum a fost posibil ca un act medico-legal falsificat atât de grosolan să fie avizat atât de Comisia de avizare de la IML Cluj, cât și de Comisia Superioară Medico-legală a INML „Mina Minovici” București? Cum a fost posibil ca în doi ani de zile, în condițiile în care dosarul a fost plimbat între Parchetul de pe lângă Judecătoria Cluj Napoca și Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Cluj, fiind instrumentat de doi procurori, nimeni să nu dorească aflarea adevărului, în ciuda insistențelor mele și a încercărilor repetate de a determina dispunerea unei noi expertize care să lămurească toate aceste aspecte? Singurul răspuns este că a existat un interes absolut evident din partea tuturor persoanelor cărora m-am adresat cu sutele de pagini de cereri și note scrise ca adevărul să nu iasă la iveală și ca acești medici să nu fie trași la răspundere, interes care s-a materializat în cele din urmă prin clasarea dosarului!

Voi arăta în continuare care sunt implicațiile concluziilor (sau lipsei lor) privind numărul, vechimea și cronologia infarctelor, precum și ale mistificărilor operate în Raportul de nouă expertiză medico-legală.

6. Cu privire la EKG-ul de la dosarul cauzei

a). Referitor la aspectul EKG al infarctului miocardic

După cum am explicat în detaliu mai sus, necropsia a evidențiat în cazul soției mele un număr posibil de patru infarcte. Dintre acestea, **două sunt certe, fiind evidențiate macroscopic**, unul este descris microscopic dar nu are corespondent macroscopic, iar unul este presupus pe baza descoperirii unei artere coronare trombozate și a simptomatologiei prezente imediat înaintea decesului (dureri precordiale cu iradiere la nivelul membrelor superioare, parestezii).

Dintre cele două infarcte evidențiate *macroscopic*, unul este de dimensiuni mari, **5/4/1,5 cm, localizat la nivelul peretelui anterior al ventriculului stâng, și apreciat ca având o vechime de la 2 zile în sus** (variantă care nu este confirmată din punctul de vedere al aspectului macroscopic de datele din literatura de specialitate, conform căreia se încadrează între 12 și 24 de ore), iar celălalt este de dimensiuni ceva mai mici, de **1,5/1/0,5 cm, localizat la nivelul septului interventricular, și apreciat ca având o vechime de mai mult de o lună.**

Rog să observați că, **conform tuturor datelor din literatură, ambele infarcte ar fi trebuit să fie însoțite de modificări EKG.** Este posibil ca un infarct să nu fie vizibil pe EKG atunci când:

- infarctul este de dimensiuni reduse;
- infarctul este localizat pe peretele lateral sau posterior al ventriculului stâng.

După cum reiese clar din Raportul de expertiză al dr. Siserman, în cazul soției mele s-a evidențiat un infarct miocardic de 5/4/1,5 cm, adică **de mari dimensiuni, localizat pe peretele anterior al ventriculului stâng**, adică în zona cea mai accesibilă din punct de vedere electrocardiografic a cordului! **Prin urmare, era imposibil ca un infarct cu această localizare, de asemenea dimensiuni, să nu se evidențieze în niciun fel pe EKG, lucru pe care orice cardiolog îl poate confirma!**

Vindecarea infarctului se face cu undă Q pe EKG în cazul **infarctelor transmurale** (care interesează toată grosimea peretelui inimii) și posibil fără undă Q în cazul infarctelor non-transmurale (care interesează sub 50% din grosimea peretelui inimii). Această undă Q persistă pe durată nedefinită. **Acesta este motivul pentru care în Raportul de nouă expertiză s-au modificat constatările la necropsie în sensul că expresia „ce interesează toată grosimea peretelui” din Raportul de expertiză al dr. Siserman a fost suprimată complet din descrierea infarctului menționat mai sus.** Caracterul transmural („ce interesează toată grosimea peretelui”) ar fi presupus că, chiar în condițiile falsificării datelor medico-legale prin datarea infarctului respectiv în urmă cu 4-5 săptămâni până la 2 luni, vindecarea acestuia trebuia să se facă cu prezența undei Q pe EKG, în derivațiile V3-V4. Acest fapt nu ar fi corespuns cu EKG-ul normal atașat la fișa UPU, drept pentru care s-a impus această modificare.

Acesta este și motivul pentru care nu este menționat nimic, în Raportul de nouă expertiză la Discuția cazului sau în Concluzii, nici despre infarctul vechi de la nivelul septului interventricular. Acest infarct ar fi trebuit de asemenea să se evidențieze printr-o undă Q pe EKG în derivațiile V1-V2, ceea ce din nou nu ar fi corespuns cu EKG-ul normal atașat la fișa UPU.

Doresc de asemenea să menționez că în literatura de specialitate se arată că infarctele fără modificări pe EKG sunt infarcte de dimensiuni reduse, cauzate de obstrucții în ramurile mici ale arterelor coronare, **a căror evoluție se face cu lipsa complicațiilor**, ceea ce, în mod evident, nu a fost cazul soției mele.

b). Referitor la EKG-ul atașat fișei UPU

Doresc să reiterez faptul că la dosarul cauzei **nu există nicio probă cu privire la momentul efectuării EKG-ului atașat la fișa UPU și prezentat ca fiind al soției mele:**

- asistenta Zinca declară că nu l-a efectuat și că nu știe când a fost efectuat; de asemenea, că aparatul nu era întotdeauna calibrat să arate ziua și ora corectă (fila 5, paragraful 3);

- dr. Adămuțiu declară că nu l-a efectuat, ci l-a primit de la asistent, a trecut doar TA și l-a interpretat;

- niciunul din cei audiați care erau în tură la UPU Alba Iulia nu își recunoaște scrisul pe EKG: asistentul Nădejde spune că este scrisul dr. Adămuțiu; dr. Adămuțiu spune că a completat doar valoarea TA, nu și numele pacientei;

- martora Chira Elena, medic primar ORL, care a examinat-o pe soția mea în cadrul consultului de la UPU Alba Iulia, declară că fișa UPU nu avea atașat un EKG la momentul consultului (fila 6, paragraful 2), deși din declarația dr. Adămuțiu reiese că EKG-ul fost efectuat înainte de solicitarea consultului ORL (fila 3, paragraful 1);

- subsemnatul arăt în declarație că nu am văzut niciun EKG împreună cu restul documentelor medicale la întâlnirea cu dr. Onișor care a avut loc imediat după deces, cu toate că EKG-ul reprezintă un document cu formă și culoare specifică, care poate fi remarcat imediat;

- literatura de specialitate arată că un infarct extins al peretelui anterior al ventriculului stâng, cum este cel constatat la necropsie, se evidențiază pe EKG:

- în decurs de câteva minute – prin supradenivelarea segmentului ST și unde T înalte;

- în decurs de câteva ore – prin supradenivelarea segmentului ST și unde T inversate;

- vindecarea se face cu prezența undei Q.

Pentru toate aceste motive, am mari suspiciuni cu privire la identitatea persoanei căreia îi aparține EKG-ul atașat la fișa UPU, întrucât toate informațiile duc la concluzia că infarctele descoperite la necropsie în cazul soției mele s-ar fi evidențiat în mod obligatoriu pe EKG, iar EKG-ul atașat fișei UPU nu se știe cine și când l-a efectuat. De aceea, am explicat toate aceste aspecte domnului procuror Irimie în cursul audierii din 20.04.2017 (fila 5, paragraful 3, 4, 5, 6, fila 6, paragraful 1) și am solicitat (fila 6, paragraful 3, fila 8, paragraful 6):

- efectuarea unei expertize pentru recunoașterea scrisului de pe EKG, pentru a încerca identificarea persoanei care l-a efectuat;

- efectuarea unei expertize pentru recunoașterea aparatului cu care s-a făcut EKG-ul respectiv și dacă acesta coincide cu aparatul aflat în UPU Alba în 12.03.2014;

- având în vedere că pretinsul EKG al soției mele prezintă ID-ul 791 (acesta reprezentând un număr de identificare al pacientului generat automat de aparat), identificarea pacienților cu ID 790, respectiv ID 792, pentru a vedea dacă momentele efectuării acestor EKG-uri sunt într-adevăr înaintea și respectiv după ora 20,20 din data de 12.03.2014, la care s-a efectuat EKG-ul cu ID 791, prezentat ca fiind al soției mele.

Se poate observa că toate aceste cereri puteau fi îndeplinite cu ușurință în situația în care nu ar fi fost nimic de ascuns. Domnul procuror Irimie a considerat însă, în Ordonanța de clasare, că identificarea persoanei care a scris numele pacientei pe EKG nu prezintă „*nicio relevanță din punct de vedere juridic în raportul cu obiectul probațiunii*”. De asemenea, **în mod greșit domnul procuror folosește ID-ul 791 la identificarea electrocardiografului (aparaturii) cu care s-a realizat EKG-ul, și nu a pacientului, făcând afirmația falsă că aparatul medical din UPU Alba Iulia este identificat cu ID 791.** În continuare menționează numele pacienților care au fost consultați înainte și după soția mea și cărora li s-a efectuat EKG, fără a menționa însă ID-ul acestora, respectiv dacă EKG-urile efectuate acestora prezintă ID-urile 790 (cel anterior) și 792 (cel ulterior), situație care ar fi demonstrat că într-adevăr EKG-ul soției mele a fost efectuat la acea dată, între orele la care au fost consultați pacienții respectivi.

Prin urmare, este evident că nu numai că nu a existat niciun interes de a cerceta dacă EKG-ul atașat fișei UPU aparține soției mele, dar, având în vedere furnizarea de informații false privind semnificația ID-ului înscris pe acesta, a existat chiar interesul de a ascunde adevărul. Bănuiala mea este că acest EKG se înscrie și el în tentativa de a fabrica dovezi în favoarea celor trei medici implicați în îngrijirea soției mele, alături de falsificarea datelor din Raportul de nouă expertiză și avizarea acestuia și de modificarea fișei UPU, care am convingerea că s-a făcut ulterior decesului soției mele.

Bibliografie medicală

1) Birnbaum et al., “The electrocardiogram in ST elevation acute myocardial infarction: correlation with coronary anatomy and prognosis.”, Postgraduate Medical Journal, 2003 Sep;79(935):490-504

2) Caceres et al., “Myocardial infarction with an initially normal electrocardiogram-angiographic findings.”, Clinical cardiology, 1995 Oct;18(10):563-8

3) Chang, Janet, "Pathology of myocardial infarction", Diagnostic Histopathology, Elsevier, 2012

4) Goljan, Edward F., "Rapid Review Pathology", 3rd Edition, Elsevier Mosby, 2011, pag. 167-168

5) Pasotti et al., "The pathology of myocardial infarction in the pre- and post-interventional era", Heart, 2006 Nov;92(11):1552-6

6) Turillazzi et al., "A theoretical timeline for myocardial infarction: immunohistochemical evaluation and western blot quantification for Interleukin-15 and Monocyte chemoattractant protein-1 as very early markers", *Journal of Translational Medicine*, 2014, 12:188

7. Cu privire la acuzația de fals în înscrisuri

Domnul procuror Irimie a dispus clasarea cauzei și în ceea ce privește infracțiunile de fals prev. de art. 320 alin. 1 și 2 Cod penal și art. 321 alin. 1 Cod penal, întemeindu-și decizia pe art. 16 alin. 1 lit. b din Codul de procedură penală.

În fapt, cu ocazia transferului soției mele de la UPU Alba Iulia la Clinica BMF I Cluj Napoca în seara zilei de 12.03.2014, aceasta a fost însoțită de o **copie xerox a fișei UPU**, după cum atestă și documentul eliberat de Spitalul Județean de Urgență Alba, aceasta fiind de altfel și concluzia domnului procuror în Ordonanța de clasare.

Conform propriei declarații, **doamna dr. Adămuțiu Mariana a operat modificări în fișa UPU, scriindla motivele prezentării „durere mandibulară” peste consemnarea „durere toracică” a asistentei din triaj Zinca Carmen, iar la valorile TA „120/80” peste „170/90” mmHg.** Dr. Adămuțiu susține că a efectuat aceste modificări în seara zilei de 12.03.2014, înainte de transferul soției mele la Cluj. Am certitudinea că această afirmație este falsă și afirm cu toată responsabilitatea că **la prima mea întâlnire cu dr. Onișor Florin, la Clinica BMF I, imediat după decesul soției mele, pe masă se aflau toate documentele medicale ale acesteia și fișa UPU nu era modificată. Două zile mai târziu, după efectuarea necropsiei, aflându-mă în biroul dr. Siserman împreună cu rezidenții acestuia, dr. Ureche și dr. Popa, care întocmeau certificatul constatator al decesului, am avut posibilitatea să văd din nou documentele medicale și am constatat că în acel moment fișa UPU era deja modificată.**

Modul în care fișa UPU modificată de dr. Adămuțiu după decesul soției mele a ajuns la Cluj este explicat prin următoarele:

- în data de 14.03.2017, deci cu o zi înainte de sesizarea organelor judiciare cu privire la decesul soției mele și deschiderea dosarului penal de moarte suspectă din data de 15.03.2017, domnii Jude Tudorel Traian și Roman Mihai, ambii ofițeri de poliție la S.I.C. din cadrul I.P.J. Alba, la solicitarea domnului Comisar Șef Săcară Gabriel Marian, din cadrul I.P.J. Cluj/ S.I.C, s-au prezentat la Serviciul Județean de Medicină Legală Alba; aici au intervenit, în mod neoficial, pe lângă dr. Dragotă Daniel, medic legist, pentru ca acesta să

obține o copie a fișei UPU a soției mele; dr. Dragotă a solicitat la UPU Alba, printr-un document neoficial numit "bilet de trimitere", o copie a fișei pe care unitatea o întocmise soției mele la data de 12 martie 2014, copie care a fost obținută și trimisă la Cluj comisarului-șef Săcară; toate aceste informații pot fi verificate în declarațiile de martor, aflate la dosarul cauzei, ale lui Jude Tudorel Traian, Roman Mihai, Dragotă Daniel și Oprinca George;

- având în vedere că din declarația martorului Buia Radu reiese fără dubii că acesta a predat la Clinica BMF I Cluj copia xerox a fișei UPU cu ocazia transferului soției mele, nu exista niciun motiv pentru care o nouă copie să fie solicitată la UPU Alba Iulia, mai ales în condițiile în care această solicitare s-a făcut în mod neoficial, organele judiciare nefiind sesizate încă oficial la data respectivă cu privire la decesul soției mele;

- **singura explicație pentru transmiterea unei noi copii a fișei UPU la Cluj este că dr. Adămuțiu a efectuat modificările din fișa UPU după decesul soției mele, situație în care era necesară înlocuirea copiei fișei UPU nemodificată cu o copie a fișei UPU modificată, pentru ca aceasta să ajungă la IML Cluj și ulterior la dosarul cauzei.**

În declarațiile lor, dr. Onișor Gligor Florin și dr. Recean Elica Ioana afirmă că au primit și au studiat o copie a fișei UPU deja modificată transmisă de UPU Alba Iulia cu ocazia transferului soției mele, precizând amândoi în repetate rânduri că era vorba despre „**exemplarul verde**”. Rog să observați că, așa cum în mod corect arată și domnul procuror Irimie în Ordonanța de clasare, „fișele UPU se întocmeau într-un singur exemplar, în anul 2014 ca și în prezent”, în consecință fișa UPU a soției mele a fost întocmită într-un singur exemplar, iar ceea ce s-a trimis la Clinica BMF I Cluj a fost o **copie xerox** a acestei fișe. **Prin urmare, rezultă clar că fișa UPU nu era autocopiativă, astfel încât să existe un „exemplar verde”, copia xerox fiind, după cum se știe, de culoare albă.**

Rezultă clar că declarațiile dr. Onișor și Recean sunt false, întrucât aceștia pretind că le-a parvenit fișa UPU modificată, însă fac referire la un document de culoare verde care nu există.

De altfel, chiar reprezentanții Spitalului Județean de Urgență Alba, în cadrul acțiunii civile privind decesul soției mele, își însușesc și susțin declarația subsemnatului că fișa UPU a plecat din UPU Alba Iulia nemodificată.

În concluzie, pentru toate motivele de mai sus, am ferma convingere că dr. Adămuțiu, aflând în următoarele zile despre decesul soției mele, și-a dat seama că a comis o greșeală de diagnostic, întrucât deși s-a aflat în fața unui tablou tipic de sindrom coronarian acut, nu a respectat măsurile enunțate clar în protocoalele medicale pentru a confirma sau a infirma acest sindrom. Pe de altă parte, existența fișei UPU nemodificate, care avea consemnată durerea toracică și dispneea la motivele prezentării și TA de 170/90 mmHg la prezentare, i-ar fi incriminat și pe medicii de la

Cluj, demonstrând clar superficialitatea cu care au abordat cazul și făcând imposibil ca aceștia să mai declare că nu au avut cunoștință despre simptomatologia pentru care soția mea s-a prezentat la UPU Alba Iulia. Prin urmare, dr. Adămuțiu, în legătură cu medicii de la clinica BMF I Cluj și cu cei de la IML Cluj, a modificat aspectele incriminatorii esențiale din cuprinsul fișei UPU și a transmis copia variantei modificate la Cluj, prin intermediul poliției și al serviciilor de medicină legală.

Un aspect deosebit de important este că în decursul celor două zile în care a fost modificată fișa UPU necropsia nu era încă efectuată, deci nu se cunoștea cu certitudine că moartea a fost cauzată de un infarct miocardic. Rezultă fără niciun dubiu că dr. Adămuțiu a corelat clar simptomatologia de prezentare, tipică pentru un sindrom coronarian acut, cu decesul soției mele. **Prin urmare, medicii au avut convingerea că decesul a fost cauzat de un eveniment preexistent intervenției chirurgicale, adică de un infarct miocardic acut debutat în seara prezentării la UPU Alba Iulia. Dacă s-ar fi bănuit că decesul s-a produs printr-o afecțiune fără nicio legătură cu prezentarea la UPU Alba Iulia, dr. Adămuțiu nu ar fi avut niciun motiv să falsifice motivele prezentării și TA la prezentare.**

Având în vedere toate motivele expuse mai sus, este evident că avem de-a face cu o **falsificare de natură să producă efecte juridice**, întrucât dacă soția mea s-ar fi prezentat la UPU Alba Iulia pentru durere mandibulară, cu TA normală, fără acuze și fără antecedente cardiace, responsabilitatea medicilor implicați ar fi fost diminuată.

Domnul procuror susține că dr. Adămuțiu și-a asumat, prin parafarea și semnarea fișei UPU, modificările efectuate. Doresc să arăt că din documentul emis de Spitalul Județean de Urgență Alba rezultă că **parafa aplicată de dr. Adămuțiu pe fila 1 a fișei UPU s-a făcut în calitate de medic șef de tură și nu pentru a atesta corecturile efectuate.** Acest lucru reiese și din compararea acestei fișe UPU cu fișa de la prezentarea anterioară a soției mele la UPU Alba Iulia (în 24.12.2013 – fișă UPU existentă la dosarul cauzei), care de asemenea avea fila 1 parafată de medicul șef de tură, în absența oricăror modificări. De altfel, dacă parafarea ar fi fost făcută în scopul de a asuma modificările efectuate, parafa ar fi trebuit aplicată, conform practicii medicale, la locul corecturii, iar pe parafă trebuia scris cuvântul „corectat!”. Prin urmare, justificarea modificărilor prin parafa aplicată pe fila 1 a fișei UPU a fost o găselniță a doamnei doctor, acea parafă atestând doar calitatea sa de medic șef de tură. În al doilea rând, **o minciună asumată rămâne o minciună, indiferent câte parafe i se aplică**, iar motivele pentru care soția mea s-a prezentat la UPU, precum și valoarea TA la prezentare, sunt atestate clar atât de declarația

asistentei Zinca, a subsemnatului, a martorei Sima Daniela, cât și de expertiza grafoscopică efectuată în cauză.

Domnul procuror Irimie clasează cauza pretinzând că fapta nu a fost săvârșită cu vinovăție. Conform art. 16, alin. 1, 2 și 3 Cod penal, vinovăția există atunci când fapta a fost săvârșită cu intenție, ceea ce presupune că făptuitorul prevede rezultatul faptei sale și urmărește producerea lui prin săvârșirea acelei fapte. **Este evident că dr. Adămuțiu a fost perfect conștientă de faptul că prin modificarea simptomului de prezentare din „durere toracică” în „durere mandibulară” ar face conduita adoptată să corespundă simptomatologiei de prezentare, și că a urmărit producerea acestui rezultat.** Prin urmare, este demonstrată clar intenția de a falsifica documentul medical astfel încât acesta să facă posibilă sustragerea echipelor medicale de la UPU Alba Iulia și Clinica BMF I Cluj de la răspunderea penală.

Ținând cont de considerentele expuse mai sus, decizia de clasare în privința acuzației de fals în înscrisuri materiale este netemeinică și nelegală, iar motivarea acesteia este vădit părtinitoare. Pentru aceste considerente vă rog să infirmați ordonanța prin care s-a decis clasarea și să dispuneți măsurile legale care se impun în vederea tragerii la răspundere a învinuitei.

8. Cu privire la răspunsurile domnului procuror la cererile subsemnatului

a) Referitor la EKG

După cum am explicat pe larg mai sus în prezenta plângere, am solicitat să se identifice persoana care a scris numele pacientei pe EKG-ul prezentat ca fiind al soției mele, întrucât acesta este singurul mijloc de a identifica persoana care a efectuat EKG-ul. Domnul procuror pretinde că identificarea nu are nicio relevanță juridică în raport cu obiectul probațiunii, însă dacă se dorește aflarea adevărului, este clar că **trebuie lămurit dacă acel EKG a aparținut soției mele, întrucât conform datelor din literatura medicală nu există nicio corespondență între infarctele miocardice constatate și aspectul normal al EKG.**

b). Referitor la modificarea orei consultului ORL

Domnul procuror arată că modificarea orei consultului ORL de la UPU Alba din 10,15 în 22,15 nu are relevanță, întrucât în mod corect, consultul s-a efectuat la ora 22,15. Nu acest fapt este relevant, ci faptul că la dosarul cauzei există mai multe variante ale fișei UPU, toate „conform cu originalul”, dar diferite între ele, și care au fost depuse la momente diferite. **Varianta cu ora corectată în „22,15” a fost depusă la dosar mult mai târziu, ceea ce atestă că după decesul soției mele s-au mai operat modificări în fișa UPU, cel mai probabil în mai multe etape.**

c). Referitor la modificările efectuate de dr. Recean

De asemenea, domnul procuror afirmă că modificările efectuate de dr. Recean în fișa de evoluție a soției mele nu sunt relevante, întrucât reflectă realitatea. În primul rând, consemnările nu sunt corecte în totalitate, **întrucât un pacient cu un infarct miocardic în desfășurare nu se încadrează la risc anestezic ASA IIE. Această încadrare s-a făcut greșit din cauza faptului că dr. Recean a efectuat o evaluare preanestezică superficială care a dus la o concluzie greșită.**

În al doilea rând, ceea ce am semnalat domnului procuror este faptul că **ordinea scrierii nu este cea firească, expertiza grafoscopică (foto 32 - concluzia 21) precizând că consemnarea riscului anestezic ASA IIE s-a făcut prin adăugire ulterior consemnării anesteziei. Întrucât riscul anestezic (apreciat greșit ca ASA IIE) ține de evaluarea preanestezică, dacă evaluarea preanestezică s-ar fi făcut și consemnat corect, acesta ar fi trebuit notat înainte de descrierea anesteziei și nu după, așa cum demonstrează expertiza grafoscopică.** Prin urmare, rezultă că dr. Recean, după cum consideră și Comisia Superioară de Disciplină a Colegiului Medicilor din România, nu poate face în niciun fel dovada unui consult preanestezic corect și complet, întrucât concluzia acestui consult a fost consemnată ulterior, fiind de altfel și greșită din punct de vedere medical.

III. Bibliografia medicală depusă la dosar

Pe parcursul cercetării penale, am depus la dosarul cauzei un număr de **cel puțin 12 ghiduri clinice și protocoale**, elaborate de organisme profesionale precum **Societatea Română de ATI și Societatea Română de Cardiologie**, care atestă modul corect în care ar fi trebuit abordat cazul soției mele, începând cu investigarea existenței unui sindrom coronarian acut (infarct miocardic sau angină instabilă) la UPU Alba Iulia și continuând cu o evaluare preoperatorie și preanestezică corectă și cu o monitorizare intra și postoperatorie adecvată. **Obligativitatea medicilor din România de a respecta aceste ghiduri clinice și protocoale este, după cum am arătat mai sus, stipulată prin art. 655 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**, deoarece acestea reprezintă **standarde în raport cu care se apreciază calitatea îngrijirilor și corectitudinea conduitei medicale**. Aceste standarde reprezintă, în toată lumea civilizată, un **criteriu obiectiv care reflectă stadiul și posibilitățile actuale ale medicinei**. În condițiile în care aceste standarde au fost respectate și rezultatele sunt totuși nefavorabile, se consideră că au fost depășite mijloacele medicale de care sistemul sanitar dispune în acest moment. **Însă în condițiile în care rezultatele sunt nefavorabile și standardele nu au fost respectate, responsabilitatea aparține personalului medical care nu le-a**

respectat, deși era obligat atât prin lege cât și prin Codul deontologic al profesiei să o facă.

Prin urmare, nu se poate aprecia vinovăția medicilor și relația de cauzalitate între conduita acestora și decesul soției mele decât pe baza acestor standarde care menționează clar măsurile care ar fi trebuit luate, măsuri care ar fi dat soției mele **o șansă reală la supraviețuire**. În acest sens, arăt că, conform statisticilor, prin progresele realizate în medicină prin înființarea unităților de terapie intensivă coronarieni și prin introducerea tratamentului trombolitic și a intervențiilor coronariene percutanate (care au intrat de mult timp în practica curentă, spre exemplu, la Institutul Inimii din Cluj Napoca), mortalitatea prin infarct miocardic a scăzut de la 30% în anii '60 la 6-7% în prezent.

Domnul procuror Irimie alege însă să ignore cu desăvârșire atât standardele prevăzute de ghidurile clinice și protocoalele menționate cât și concluziile forurilor profesionale medicale, în speță Colegiul Medicilor, apreciind lipsa de vinovăție a medicilor pe criterii cu totul subiective, care nu au nicio legătură cu normele de bună practică medicală. Prin aceasta este evidentă atitudinea părtinitoare a domnului procuror și lipsa sa de imparțialitate, acesta nefiind interesat de scoaterea adevărului la iveală.

Menționez mai jos **sursele bibliografice medicale (ghiduri clinice și protocoale)** pe care le-am depus, pe parcursul cercetării penale, la dosarul cauzei:

- 1) Protocolul național de triaj al pacienților din structurile pentru primirea urgențelor, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 48/2009
- 2) Ghid de diagnostic și tratament al sindroamelor coronariene acute fără supradenivelare de segment ST (aprobat prin Ordinul M.S. nr. 1059/2009)
- 3) Cimpoeșu, Diana – Ghid de abordare a durerii toracice în urgență, 2009 (Ghidurile Societății Române de ATI)
- 4) Ghid de management al infarctului miocardic (aprobat prin Ordinul M.S. nr. 1059/2009)
- 5) Ghid de management al anginei pectorale stabile (aprobat prin Ordinul M.S. nr. 1059/2009)
- 6) Boloșiu, Horațiu D. – Semiologie medicală, Ed. Medex, Cluj Napoca, 1994
- 7) Săndesc, Dorel – Ghiduri de evaluare clinică și paraclinică preoperatorie, 2006 (Ghidurile Societății Române de ATI)
- 8) Hagău, Natalia – Evaluarea și managementul preoperator, 2010 (Ghidurile Societății Române de ATI)

9) Deutsch, Petru Martin – Ghiduri de management al situațiilor de criză în anestezie. Hipertensiunea arterială, 2007 (Ghidurile Societății Române de ATI);

10) Marinescu, Șerban M. – Complicațiile anesteziei generale, 2010 (Ghidurile Societății Române de ATI)

11) Grupul de lucru asupra managementului bolii coronariene stabile al Societății Europene de Cardiologie – Ghid de management al bolii coronariene stabile

12) Grigoraș, Ioana – Supravegherea postanestezică, 2009 (Ghidurile Societății Române de ATI)

13) Anexa 2 din Regulamentul de organizare și funcționare al secțiilor ATI (aprobat prin Ordinul nr. 1500/2009 al Ministerului Sănătății)

IV. Cu privire la încălcarea drepturilor mele ca parte vătămată

a). Referitor la dreptul de a fi informat într-un termen rezonabil la stadiul urmăririi penale

Domnul procuror Irimie susține în Ordonanța de clasare că în cursul urmăririi penale subsemnatul am fost informat „într-un termen rezonabil” cu privire la stadiul urmăririi penale, respectându-mi-se dreptul de a propune administrarea de probe, de a ridica excepții și de a pune concluzii prin avocații aleși, precum și de a formula orice alte cereri au ținut de soluționarea cauzei penale.

Doresc să arăt faptul că **una din cele mai importante etape ale urmăririi penale, trimiterea expertizelor spre avizare către Comisia Superioară Medico-legală, s-a făcut fără știința mea și fără să fiu informat într-un termen rezonabil despre această decizie.** Astfel, în data de 26.08.2016 am depus la dosarul cauzei o cerere de probe prin care solicitam completarea raportului de necropsie prin dispunerea unui supliment de necropsie prin exhumare, precum și efectuarea unei noi expertize medico-legale care să țină cont de constatările suplimentului de necropsie menționat și de elementele noi care rezultaseră din anchetă ulterior întocmirii Raportului de nouă expertiză, în urma audierilor de martori și a efectuării expertizei grafoscopice. Se poate deci observa că cererea de probe era în directă legătură cu deficiențe în ceea ce privește Raportul de expertiză al dr. Siserman și Raportul de nouă expertiză al dr. Perju-Dumbravă, pe care de altfel le-am expus pe larg. Nu am primit răspuns la această cerere până în data de 13.01.2017, adică 5 luni mai târziu, când am fost informat că cererea a fost respinsă. Între timp, în 06.01.2017 am fost încunoștințat că dosarul fusese înaintat, încă din 26.10.2016, Comisiei Superioare Medico-legale în vederea avizării expertizelor, fără a se motiva în vreun fel această decizie, fără a se preciza obiectivele și întrebările la care avizul

trebuia să răspundă, conform legii, și fără a se argumenta în vreun fel motivele pentru care nu s-a dat curs cererii de probe depusă în 26.08.2016.

Consider că argumentele mele nu au fost luate în considerare și că o perioadă de 5 luni nu reprezintă un „termen rezonabil” pentru a primi răspuns la o cerere de probe. Am convingerea fermă că nu mi s-a adus la cunoștință decizia de a trimite expertizele spre avizare tocmai pentru a fi privat de dreptul meu de a participa la faza de urmărire penală și de a prezenta observații pe care le consideram elocvente pentru cauză. În felul acesta s-a forțat avizarea unui document medico-legal, Raportul de nouă expertiză, care era bazat pe documente medicale (fișa UPU) falsificate în scopul deformării realității, astfel încât conduita adoptată de medicii de la Alba Iulia și Cluj să apară ca adecvată.

Prin aceasta consider că mi-a fost încălcat dreptul de a fi informat, într-un termen rezonabil, cu privire la stadiul urmăririi penale, precum și dreptul la un proces echitabil prevăzut de art. 6 al Convenției pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale.

b). Referitor la dreptul de a fi ascultat

În vederea soluționării juste a cauzei am depus la dosar, în cursul urmăririi penale, următoarele cereri și note scrise:

1. În data de **30.01.2017**, **Note scrise cu privire la nerespectarea protocoalelor medicale de către medicii Adămuțiu Mariana, Onișor Gligor Florin și Recean Ioana Elica**, protocoale care reprezintă, după cum am menționat și anterior, standarde de îngrijire pe care medicii respectivi aveau obligația legală de a le respecta. Aceste Note scrise au fost ignorate total, nefăcându-se discuție despre ele în niciun document emis de către procuror. Am reluat aceste aspecte și în **Notele scrise depuse în 17.05.2017 cu privire la vinovăția dr. Recean Elica Ioana**, argumentând în detaliu faptul că nu au fost respectate protocoalele și normele de bună practică, chiar conform declarației dr. Recean. Nici de această dată sesizările mele nu au fost luate în considerare, ba mai mult decât atât, ele au fost urmate la scurt timp de ordonanța de clasare a cazului, în care nu se pomenește niciun cuvânt despre faptul că în România practica medicală este reglementată, conform legii, prin ghiduri clinice și protocoale aprobate prin ordin al Ministerului Sănătății, pe care medicii au obligația să le respecte. De asemenea, nu se face nicio referire la conținutul acestor ghiduri și protocoale și la ce anume prevedeau ele referitor la conduita medicală care ar fi trebuit adoptată în cazul soției mele.

Întrucât ordonanța de clasare mi-a fost comunicată abia în 31.05.2017, în data de **30.05.2017** am depus **Note scrise cu privire la vinovăția dr. Adămuțiu Mariana**, bazate de asemenea pe conduita profesională a dr. Adămuțiu rezultată din propria declarație, conduită raportată la protocoalele medicale în vigoare. Acest document mi-a fost returnat câteva zile mai târziu.

Prin urmare, toate eforturile mele de a asigura un standard pe baza căruia să fie apreciată conduita celor trei medici implicați în îngrijirea soției mele au fost ignorate cu bună știință, întrucât raportarea la acest standard acceptat de către comunitatea medicală era în defavoarea celor trei medici. Consider că prin aceasta mi s-a încălcat dreptul de a fi ascultat, domnul procuror demonstrând o gravă lipsă de imparțialitate.

2. În data de **15.03.2017** am depus o **Cerere de constatare a nulității ordonanței procurorului Toader Aurelian Mirel, emisă în 25.10.2017, prin care dispunea avizarea Raportului de expertiză medico-legală din 15.05.2014 și a Raportului de nouă expertiză din 10.04.2015 de către Comisia Superioară Medico-legală.** În această cerere solicitam constatarea nulității relative a ordonanței respective în baza art. 280 și 282 alin. 1, 2 și 3 din Noul Cod de Procedură Penală, întrucât **ordonanța respectivă a încălcat prevederile art.25 din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii 271/2004 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, precum și punctul 3 din Metodologia de lucru a Comisiei Superioare Medico-legale, conform cărora organele judiciare care solicită avizarea trebuie să precizeze „obiective clare și fără ambiguități la care trebuie să răspundă avizul”.** În plus, în ordonanță nu erau menționate elemente noi importante care apăruseră în urma anchetei după efectuarea **Raportului de nouă expertiză.**

Răspunsul la această cerere a venit în 31.05.2017, odată cu Ordonanța de clasare, cererea fiindu-mi respinsă în baza argumentului că dosarul a fost înaintat Comisiei Superioare Medico-legale nu printr-o „ordonanță”, ci printr-o „adresă”. Rog să observați că în adresa de înaintare a dosarului cauzei către Comisia Superioară Medico-legală, domnul Gheorghe Dragoș, prim procuror al Parchetului de pe lângă Judecătoria Cluj Napoca, a redactat: „Vă trimitem alăturat **ordonanța procurorului** din data de 26.10.2016 prin care se solicită avizarea [...]” Din acest text deduc fie că avizarea trebuia să fie solicitată printr-o ordonanță a procurorului, fie că documentul prin care procurorul a solicitat avizarea poate fi asimilat, potrivit domnului prim procuror, unei ordonanțe. Prin urmare, **domnul procuror Irimie nu a făcut decât să folosească o chestiune de formă pentru a continua să refuze să răspundă la chestiunile care alcătuiau fondul problemei.** Afirm aceasta întrucât și aceste sesizări privitoare la încălcări flagrante ale legii au fost cu desăvârșire ignorate, tocmai de magistratul investit de către Statul Român cu puterea de a sancționa nerespectarea legilor și de a asigura aflarea adevărului.

Prin faptul că au fost ignorate sesizările mele privind încălcări ale legii de către medicii legiști de la IML Cluj care au efectuat expertizele, consider că mi-a fost de asemenea încălcat dreptul de a fi ascultat, precum și dreptul la un proces echitabil, întrucât aceste încălcări ale legii s-au făcut

intenționat, în așa fel încât adevărul legat de cauza și împrejurările decesului soției mele să nu iasă la iveală.

3. În data de **30.01.2017** am depus la dosarul cauzei o **Cerere în probațiune prin care am solicitat audierea unor specialiști în ATI și cardiologie** sau reaudierea celor deja audiați, cu privire la conduita medicală adecvată pornind de la motivele reale ale prezentării soției mele la UPU Alba Iulia, care au fost falsificate în fișa UPU, respectiv durerea toracică, sincopa, dispneea și TA 170/90 mmHg. Am reluat această cerere și în cursul **suplimentului la declarație dat în data de 20.04.2017**, solicitând de asemenea audierea unor specialiști în **medicină de urgență și în medicină legală**.

Nu am primit răspuns la aceste cereri, ceea ce demonstrează din nou încălcarea dreptului de a fi ascultat și a dreptului la un proces echitabil, întrucât nu mi s-a argumentat în niciun fel refuzul de a efectua aceste audieri care ar fi lămurit în sfârșit conduita corectă în cazul circumstanțelor reale ale cazului soției mele, și nu al celor fabricate prin falsificare documentelor medicale și medico-legale.

4. În data de **30.05.2017** am depus la dosarul cauzei o **Cerere de efectuare a unei noi expertize medico-legale**, expunând pe larg și în mod argumentat **deficiențele științifice ale Raportului de nouă expertiză, precum și elementele noi apărute la dosarul cauzei după avizarea acestuia de către Comisia Superioară medico-legală**. Am arătat că aceste elemente noi, rezultate prin declarații de martori și specialiști, declarațiile dr. Adămuțiu, Onișor și Recean, precum și de protocoalele depuse de subsemnatul la dosarul cauzei, sunt legate de aspecte esențiale ale expertizei, pe care le-am enumerat pe scurt mai devreme în conținutul prezentei plângeri. Și acest document mi-a fost returnat întrucât fusese deja emisă Ordonanța de clasare.

c). Referitor la dreptul de a consulta dosarul penal

Doresc să arăt că în luna martie a anului curent am depus nu mai puțin de 3 (trei) cereri, în 2, 20 și respectiv 30 martie, până când mi s-a aprobat consultarea dosarului penal.

V. Cu privire la Ordonanța de respingere a cererii de constatare a nulității ordonanței prin care s-a solicitat avizarea expertizelor de către Comisia Superioară Medico-legală și la Ordonanța de respingere a cererii de efectuare a unei noi expertize medico-legale, ambele emise în 30.05.2017

a). Referitor la Ordonanța de respingere a cererii de constatare a nulității ordonanței prin care s-a solicitat avizarea expertizelor de către Comisia Superioară Medico-legală

În data de 15.03.2017 am depus la dosarul cauzei o cerere de constatarea a nulității relative a Ordonanței procurorului din data de 25.10.2016 prin care s-a cerut avizarea Raportului de expertiză al dr. Siserman și al Raportului de nouă expertiză al dr. Perju-Dumbravă de către Comisia Superioară Medico-legală. Am argumentat aceasta prin faptul că nu mi s-a adus la cunoștință această ordonanță decât în data de 06.01.2017, în condițiile în care depusesem la dosar și o cerere de completare a raportului de necropsie, în 26.08.2016, la care nu primisem încă răspuns. Totodată, în data de 17.08.2016 am solicitat în scris să fiu încunoștințat de toate actele de urmărire penală din dosar.

De asemenea, **ordonanța respectivă a încălcat prevederile art.25 din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii 271/2004 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, precum și punctul 3 din Metodologia de lucru a Comisiei Superioare Medico-legale, conform cărora organele judiciare care solicită avizarea trebuie să precizeze „obiective clare și fără ambiguități la care trebuie să răspundă avizul”. În plus, în ordonanță nu erau menționate elemente noi importante care apăruseră în urma anchetei după efectuarea Raportului de nouă expertiză.** Astfel, ambele rapoarte de expertiză pornesc de la faptul că motivul prezentării pacientei Burlacu Maria în UPU Alba Iulia a fost durerea mandibulară, iar valoarea TA a fost 120/80 mmHg. Ulterior, din declarația martorei Zinca Floare Carmen, asistenta din triaj UPU Alba Iulia (19.08.2015), din declarația suspectei dr. Adămuțiu Mariana (02.10.2015), din declarația subsemnatului (16.11.2015), precum și din Raportul de expertiză criminalistică nr.310452 din 04.10.2016 efectuat de Serviciul Criminalistic Cluj, rezultă fără niciun dubiu că pacienta s-a prezentat în UPU Alba Iulia pentru durere toracică, având valoarea TA la prezentare de 170/90 mmHg. **Aceste informații apărute după efectuarea expertizelor sunt de natură să invalideze concluziile acestora, având în vedere faptul că durerea toracică, mai ales însoțită de dispnee, sincopă și hipertensiune arterială, impunea o cu totul altă conduită medicală față de durerea mandibulară și că această conduită ar fi putut să salveze viața pacientei.**

Domnul procuror Irimie a emis în data de 23.05.2017 o ordonanță prin care respinge cererea de constatare a nulității relative, „opinând” că respectivul document „nu reprezintă o ordonanță a procurorului în sensul Codului de procedură penală care să poată fi atacată conform art. 339 Cod de procedură penală”. Cu toate acestea, domnul Gheorghe Dragoș, prim procuror al Parchetului de pe lângă Judecătoria Cluj Napoca, în adresa de înaintare a dosarului cauzei către Comisia Superioară Medico-legală, a redactat: „Vă

trimitem alăturat **ordonanța procurorului** din data de 26.10.2016 prin care se solicită avizarea [...]"

De asemenea, domnul procuror este de părere că „art. 25 din OG nr. 1/2000 nu aduce atingere, sub niciun aspect dreptului la un proces echitabil și dreptului la apărare, ci dimpotrivă, constituie o garanție a acestora, instituind o formă de coordonare și control a activității de medicină legală.” Această părere nu este însă împărtășită de Curtea Europeană a Drepturilor Omului, care în Cauza Baldovin contra României a remarcat la punctul 23 că “în conformitate cu dispozițiile interne privind expertiza medico-legală, formularea unui aviz de către respectiva autoritate națională supremă în materie de expertiză medico-legală împiedica instituțiile de rang inferior să efectueze expertize noi și să le completeze pe cele efectuate deja” și “a ajuns astfel la concluzia conform căreia **cadrul legislativ instituit de stat pentru reglementarea activității de medicină legală nu avea suficiente garanții împotriva arbitrarului pentru a consolida încrederea justițiabililor în actul de justiție și credibilitatea sistemului în ansamblu**”.

Indiferent de faptul că era sau nu vorba despre o ordonanță, având în vedere multiplele nereguli semnalate mai sus, am solicitat constatarea nulității relative a documentului prin care s-a cerut avizarea celor două expertize de către Comisia Superioară medico-legală **în baza art. 282 alin. 1 și 2 din Noul Cod de Procedură penală, și nu am făcut plângere împotriva ordonanței conform art. 339 din Noul Cod de Procedură penală invocat de domnul procuror.**

Domnul procuror argumentează respingerea cererii printr-o chestiune de formă și **nu răspunde în niciun fel cu privire la neregulile semnalate în cererea respectivă care reprezintă motivele pentru care am solicitat constatarea nulității relative.**

b). Referitor la Ordonanța de respingere a cererii de efectuare a unei noi expertize medico-legale

În data de 30.01.2017 am depus la dosarul cauzei o cerere în probațiune prin care solicitam efectuarea unei noi expertize medico-legale, argumentând că în Raportul de nouă expertiză întocmit în cauză, corectitudinea conduitei medicale este apreciată pornind de la simptomul de prezentare „durere mandibulară”. **Întrucât ulterior întocmirii raportului s-a demonstrat clar că soția mea nu s-a prezentat la UPU Alba Iulia pentru durere mandibulară, ci pentru durere toracică, am arătat că în cazul durerii toracice conduita medicala corectă este reglementată prin ghiduri clinice și protocoale, precizând totodată ce prevăd acestea.** Deoarece este evident că măsurile

necesare în cazul unui pacient cu durere toracică diferă total de cele necesare în cazul unui pacient cu durere mandibulară, am solicitat **să se dispună efectuarea unei noi expertize care să aprecieze corectitudinea conduitei medicale pornind de la motivele reale ale prezentării soției mele la UPU Alba Iulia, toate aceste motive reprezentând simptome cardiovasculare – durere toracică, dispnee, sincopă, hipertensiune.**

În data de 27.04.2017 am depus o completare la cererea în probațiune sus-menționată, arătând că atât opiniile specialiștilor audiați în cauză cât și referatele de specialitate folosite la întocmirea Raportului de nouă expertiză se bazează pe o descriere incorectă a cazului, neconformă cu realitatea, care duce la concluzii eronate. De asemenea, alături de numeroase încălcări ale legii în ceea ce privește modul de efectuare a necropsiei, a Raportului de expertiză al dr. Siserman, precum și a Raportului de nouă expertiză al dr. Perju-Dumbravă, am semnalat faptul că **la dosarul cauzei nu există un raport de necropsie** care să certifice oficial constatările rezultate din această procedură, ceea ce ridică suspiciuni cu privire la sursa informațiilor utilizate în Raportul de expertiză.

Având în vedere toate cele enunțate mai sus, am solicitat să se confrunte constatările de la necropsie cu fotografiile realizate cu ocazia necropsiei și să se realizeze noi secțiuni din blocurile de țesut recoltate, pentru a se stabili vechimea și cronologia infarctelor; să se ia în considerare buletinul de analize lizibil depus ulterior la dosar, întrucât la efectuarea Raportului de nouă expertiză s-a folosit un buletin de analize ilizibil; să se audieze specialiști în ATI și cardiologie care să fie informați cu privire la simptomatologia reală de prezentare a soției mele și să se stabilească conduita medicală corectă care ar fi trebuit adoptată în situația acestei simptomatologii.

În data de 23.05.2017, domnul procuror Irimie a emis o ordonanță prin care consideră că cererea subsemnatului de efectuare a unei noi expertize ar fi fost motivată prin faptul că “unele concluzii [ale Raportului de nouă expertiză] ar fi neclare, iar unele răspunsuri ar fi incomplete”, **ignorând astfel complet argumentele pe care le-am invocat în respectiva cerere.** După cum am explicat mai sus, nu am afirmat că “unele concluzii” ar fi neclare și că “unele răspunsuri” ar fi incomplete, ci **că întregul raționament de apreciere a corectitudinii conduitei medicale pornește de la premise false, fiind în întregime greșit.** Am adus în sprijinul acestei afirmații, pe de o parte, faptul că ancheta a demonstrat că motivele prezentării menționate în Raportul de nouă expertiză sunt neconforme cu realitatea, iar pe de altă parte, că în cazul motivelor reale conduita medicală este total diferită și standardizată clar prin ghiduri clinice și protocoale medicale pe care medicii care au îngrijit-o pe soția mea ar fi avut obligația să le cunoască și să le aplice.

În ciuda acestor argumente, domnul procuror Irimie se mărginește să afirme că a studiat “expertiza medico-legală” și “probele strânse și administrate atât în favoarea cât și în defavoarea suspectilor” și că i s-a **“creat convingerea”**

că “între conținutul și concluziile actelor medico-legale efectuate până în prezent nu există contradicții, iar concluziile nu sunt neclare și contradictorii, astfel că nu se impune efectuarea unei noi expertize medico-legale”.

Conform art. 100 alin. 3 din Noul Cod de Procedură Penală, “cererea privitoare la administrarea unor probe formulată în cursul urmăririi penale sau în cursul judecății se admite ori se respinge, **motivată**, de către organele judiciare”. Rog să observați că în Ordonanța de respingere a cererii de efectuarea a unei noi expertize, **domnul procuror nu a analizat niciunul dintre argumentele invocate de subsemnatul, ci le-a ignorat în totalitate, fără a se pronunța cu privire la temeinicia sau netemeinicia lor, prin aceasta încălcându-mi-se de asemenea dreptul de a fi ascultat.**

Conform art. 6 alin. 1 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și libertăților fundamentale este garantat dreptul la un proces echitabil, înglobând, între altele, dreptul părților în cauză de a prezenta observațiile pe care le consideră relevante pentru cauza lor. În Cauza Albina contra României, la punctul 30, CEDO precizează: “Întrucât Convenția nu are drept scop garantarea unor drepturi teoretice sau iluzorii, ci drepturi concrete și efective (Hotărârea Artico împotriva Italiei, din 13 mai 1980, seria A, nr. 37, p. 16, paragraful 33), acest drept nu poate fi considerat efectiv decât dacă aceste observații sunt în mod real "ascultate", adică în mod corect examinate de către instanța sesizată. Altfel spus, art. 6 implică mai ales în sarcina "instanței" **obligația de a proceda la un examen efectiv al mijloacelor, argumentelor și al elementelor de probă ale părților, cel puțin pentru a le aprecia relevanța** [Hotărârea Perez împotriva Franței (GC), Cererea nr. 47.287/99, paragraful 80, CEDH 2004-I, și Hotărârea Van der Hurk împotriva Olandei, din 19 aprilie 1994, seria A, nr. 288, p. 19, paragraful 59]”.

Totodată, **Înalta Curte de Casație și Justiție** a precizat că: “**A motiva înseamnă a demonstra, adică a pune în evidență datele concrete care, folosite ca premise, duc la formularea unei concluzii logice. Simpla afirmare a unei concluzii fără arătarea unei date concrete, fără a arăta în ce mod a fost stabilită acea dată sau referirea explicită sau implicită la actele cauzei în general, nu înseamnă a motiva, ci a da numai aparența unei motivări.**” (Decizia penală 656/2004)

În concluzie, este clar că **decizia de respingere nu este motivată în niciun fel, simpla afirmație a procurorului că i s-a creat o anumită convingere nereprezentând în niciun caz o motivare.** Prin aceasta este încălcat art. 100 alin. 3 din Codul de Procedură Penală, iar subsemnatului îmi este încălcat dreptul la un proces echitabil, așa cum este el garantat de

art. 6 alin. 1 al Convenției pentru apărarea drepturilor omului și libertăților fundamentale și explicat clar în jurisprudența CEDO.

De asemenea, doresc să arăt că afirmația domnului procuror cum că “între conținutul și concluziile actelor medico-legale efectuate până în prezent nu există contradicții, iar concluziile nu sunt neclare sau contradictorii” este falsă, întrucât **există contradicții majore inclusiv între concluziile Raportului de expertiză ale dr. Siserman și cele ale Raportului de nouă expertiză al dr. Perju-Dumbravă**, după cum voi detalia mai jos, fără a mai menționa Opinia expertală a dr. Lesnic și cea extrajudiciară a dr. Mărculescu.

Doresc să mai menționez că ambele ordonanțe, cea de respingere a cererii de constatare a nulității, precum și cea de efectuare a unei noi expertize, au fost emise în data de 23.05.2017, în condițiile în care ordonanța de clasare a cazului a fost emisă pe data de 24.05.2017, toate trei ordonanțele comunicându-mi-se deodată, astfel încât nu am avut nicio posibilitate de a depune o plângere separată împotriva celor două ordonanțe menționate, ambele de importanță majoră pentru soluționarea cauzei, cât timp urmărirea penală era în desfășurare, fiind astfel privat de dreptul de a contesta aceste acte pătinitoare ale procurorului.

VI. Concluzii

În data de 12.03.2014, soția mea, Burlacu Maria, s-a prezentat la UPU a Spitalului Județean de Urgență Alba pentru **simptome tipice pentru o afecțiune cardiovasculară**: durere toracică, dispnee, sincopă, hipertensiune arterială. În urma unei **greșeli de diagnostic**, dr. Adămuțiu Mariana, neglijând total simptomatologia cardiovasculară, a îndrumat-o către Clinica BMF I Cluj pentru a-i fi tratată o afecțiune mandibulară veche care nu ridică probleme deosebite la momentul respectiv. La Clinica BMF I Cluj, în urma unor **consulturi superficiale**, dr. Onișor Gligor Florin și dr. Recean Elica Ioana au decis efectuarea unei **intervenții chirurgicale** așa-zis urgente care a avut însă loc abia la 8 ore după internare, în **anestezie generală intravenoasă**. La scurt timp după intervenție starea de sănătate s-a degradat sever, pe fondul unui **infarct miocardic în desfășurare**, până la instalarea **stopului cardiorespirator** care nu a răspuns la manevrele de resuscitare, soția mea **decedând** în data de 13.03.2014.

Întrucât **culpa medicală**, constând în neglijarea simptomatologiei unui infarct miocardic acut și lipsa totală de reacție a echipelor medicale de la Alba Iulia și Cluj, era evidentă, **încă din data de 14.03.2014 a fost demarată o**

acțiune concertată de mistificare a adevărului care să permită sustragerea celor trei medici implicați, dr. Adămuțiu Mariana, dr. Onișor Gligor Florin și dr. Recean Elica Ioana, de la răspunderea penală. Această acțiune a avut drept scop denaturarea realității, astfel încât infarctul miocardic recent descoperit la necropsie să pară un infarct mai vechi, care nu s-a manifestat în niciun fel anterior decompensării cardiorespiratorii și decesului, iar transferul și intervenția chirurgicală la Clinica BMF I să fie justificată printr-un pretins caracter de urgență majoră.

Deoarece existau probe clare care demonstau vinovăția celor trei medici, reprezentate în principal de fișa UPU, unde erau consemnate motivele reale ale prezentării soției mele la spital, și constatările la necropsie care evidențiau un infarct miocardic recent care a fost în desfășurare pe toată durata cât soția mea a fost sub îngrijire medicală, acestea au trebuit modificate astfel încât să corespundă cu atitudinea medicală greșită a celor trei medici, pentru a o face să pară corectă. **În acest scop s-au realizat cel puțin trei falsuri grosolane: modificarea fișei UPU, fabricarea unui EKG normal și modificarea constatărilor la necropsie.** Astfel, tabloul clinic a fost complet schimbat, din cel al unei paciente care se prezintă la UPU cu simptome de infarct miocardic, este diagnosticată și tratată greșit și decedează de infarct miocardic, în cel al unei paciente care se prezintă la UPU pentru o afecțiune mandibulară, este diagnosticată și tratată corect, și decedează în urma unui infarct miocardic fără niciun fel de semne premonitorii, care a făcut astfel imposibilă orice intervenție salvatoare a medicilor.

Cele trei falsuri pe care le-am menționat și pe care nimeni nu le poate contesta, întrucât există dovezi palpabile în acest sens reprezentate de documentele modificate, au deturnat complet mersul anchetei, ducând la **fabricarea în serie de probe false care atestau nevinovăția medicilor implicați. Am ferma convingere, și este de altfel evident, că toate acestea au fost posibile numai cu concursul medicilor implicați, al medicilor legiști care au realizat necropsia, Raportul de expertiză și Raportul de nouă expertiză în cauză, precum și al organelor judiciare, începând cu Poliția care a conlucrat direct la modificarea fișei UPU și schimbarea copiei acesteia care a însoțit pacienta cu ocazia transferului la Clinica BMF I Cluj cu varianta modificată, și terminând cu cei doi procurori care au instrumentat dosarul.** Aceștia din urmă nu numai că au închis ochii la toate aceste mistificări, refuzând toate cererile subsemnatului menite să scoată adevărul la iveală și să ducă la adoptarea unei soluții juste, dar și-au adus în mod direct contribuția prin **trimiterea spre avizare la Comisia Superioară Medico-legală a unui document falsificat și greșit în esența sa, Raportul de nouă expertiză medico-legală,** cunoscut fiind faptul că avizarea de către această comisie reprezintă în sistemul medico-legal din România o situație fără ieșire,

întrucât legislația nu prevede căi de atac împotriva deciziilor acestei comisii. Această stare de fapt a fost criticată în repetate rânduri de către Curtea Europeană a Drepturilor Omului (Cauza Eugenia Lazăr contra României, Cauza Baldovin contra României), care consideră că **organele judiciare trebuie să poată dispune o nouă expertiză “de fiecare dată când nevoile anchetei impun acest lucru”**, criticile rămânând însă fără răspuns din partea sistemului legislativ românesc.

Referitor la cele trei falsuri care au deturnat mersul anchetei:

a). Modificarea fișei UPU – este atestată atât prin expertiza grafoscopică realizată în cauză, cât și prin declarațiile martorilor Zinca Floare Carmen, Sima Elena Daniela, Pop Vasile, prin însăși declarația dr. Adămuțiu Mariana, precum și prin declarația subsemnatului. Simptomul “durere toracică” consemnat inițial a fost modificat în “durere mandibulară”, întrucât interesul medicilor implicați era să nu existe probe cu privire la motivele reale ale prezentării soției mele la spital, deoarece durerea toracică ar fi trebuit să declanșeze un protocol de investigare a unui eventual sindrom coronarian acut, protocol clar elaborat și care nu a fost respectat. De asemenea, prin modificarea simptomului de prezentare în “durere mandibulară”, toate opiniile specialiștilor audiați, referatele medicale de specialitate, precum și Raportul de nouă expertiză pornesc de la premisa falsă că soția mea s-a prezentat la UPU pentru o afecțiune mandibulară.

b). EKG-ul normal – cu certitudine nu aparține soției mele, infarctele descoperite la necropsie neavând nicidecum dimensiunile, localizarea și caracteristicile care să le facă neevidențiable pe EKG. Am ferma convingere că soției mele fie nu i s-a efectuat niciun EKG în seara zilei de 12.03.2014 la UPU Alba Iulia, fie că EKG-ul efectuat prezenta modificări ce au fost trecute cu vederea de echipele medicale și a fost înlocuit ulterior, odată cu copia modificată a fișei UPU. În ceea ce mă privește, am arătat în repetate rânduri că printre documentele medicale ale soției mele, care se aflau pe masă cu ocazia primei discuții pe care am avut-o cu dr. Onișor după deces, nu exista niciun EKG. La fel declară și dr. Chira Elena, care a efectuat consultul ORL la UPU Alba Iulia, consult solicitat, după cum reiese din declarația dr. Adămuțiu, după pretinsa efectuare a EKG-ului – că fișa UPU care i-a parvenit nu conținea niciun EKG. De asemenea, nu se cunoaște cui aparține scrisul de pe EKG, respectiv cine anume l-a efectuat. Domnul procuror Irimie a pretins că nu înțelege importanța lămuririi identității persoanei care a efectuat EKG-ul și nici

semnificația ID-ului marcat pe EKG, deși acestea ar fi permis, unui procuror de bună credință, identificarea momentului în care acesta a fost efectuat. Consider că acestea reprezintă indicii clare care ar fi putut să confirme sau, dimpotrivă, să infirme identitatea persoanei căreia îi aparține EKG-ul existent la dosarul cauzei.

Întrucât era imposibil ca cele două infarcte descrise macroscopic la necropsie, unul de mari dimensiuni (5/4/1,5 cm), transmural, la nivelul peretelui anterior al ventriculului drept, și unul la nivelul septului interventricular, să nu lase urme pe EKG, indiferent de momentul producerii lor, **în cadrul Raportului de nouă expertiză s-a intervenit în Constatările la necropsie, eliminându-se complet precizarea “ce interesează toată grosimea peretelui” din descrierea infarctului de mari dimensiuni de la nivelul peretelui anterior al ventriculului stâng.** Aceasta s-a făcut în scopul de a se putea pretinde că, nefiind vorba de un infarct transmural, fie acesta s-a desfășurat cu absența modificărilor pe EKG, fie, în situația în care ar fi fost mai vechi, după cum s-a dorit să se demonstreze prin celelalte modificări, vindecarea lui s-a făcut de asemenea fără modificări pe EKG, adică fără apariția undei Q. Din același motiv cicatricea de infarct de la nivelul septului interventricular nu apare menționată clar nicăieri în Raportul de nouă expertiză, întrucât și acest infarct ar fi trebuit să lase pe EKG o sechelă manifestată prin undă Q.

c). Falsificarea Constatărilor la necropsie

După cum am arătat și anterior în cursul prezentei plângeri, seria mistificărilor nu s-a oprit aici, întrucât Constatările la necropsie din Raportul de expertiză al dr. Siserman descriau ***din punct de vedere macroscopic*** cele două infarcte menționate mai sus, descrierea macroscopică fiind corespunzătoare unui **infarct cu vechime de 12-24 de ore, de mari dimensiuni, transmural, la nivelul peretelui anterior al ventriculului stâng, și unei cicatrice de infarct vechi de peste 2 luni la nivelul septului interventricular.** În consecință, diagnosticul macroscopic anatomo-patologic în Raportul de expertiză al dr. Siserman a fost de **“Infarct miocardic recent. Cicatrice miocardică. Fibroză miocardică.”** În mod evident diagnosticul “infarct miocardic recent” se referea la infarctul de mari dimensiuni de la nivelul peretelui anterior al ventriculului stâng, în timp ce “cicatricea miocardică” se referea la infarctul vechi de la nivelul septului interventricular. Diagnosticul “fibroză miocardică” este incorect, întrucât nu reprezintă un diagnostic macroscopic, ci unul histopatologic, neavând corespondent în descrierea macroscopică a cordului.

Din punct de vedere histopatologic, adică în urma examinării țesutului miocardic la microscopul optic, s-a descris o leziune de infarct care, atât conform datelor din literatură cât și **aprecierii doamnei prof. dr. Sajin,** ar

fi avut o **vechime sub o săptămână**. Nu se menționează însă din ce zonă de miocard a fost prelevat țesutul examinat.

Având în vedere aceste constatări macroscopice și histopatologice, cauza morții a fost concluzionată în Raportul de expertiză al dr. Siserman ca fiind un “infarct miocardic recent”, fără însă a se tenta în vreun fel lămurirea momentului în care s-a produs acest infarct.

Această concluzie nu convenea însă medicilor implicați, confirmând, prin corelarea datelor anatomo-patologice cu tabloul clinic, că infarctul recent care a cauzat decesul era în plină desfășurare încă din momentul prezentării soției mele la UPU Alba Iulia și că el a “scăpat” echipelor medicale atât de la Alba Iulia cât și de la Cluj. Acestea, ignorând simptomatologia pacientei, nu au luat nicio măsură pentru diagnosticarea și tratarea sa la timp, ceea ce a dus la consecințele tragice cunoscute. Prin urmare, **în Raportul de nouă expertiză s-au operat modificări în cuprinsul Constatărilor la necropsie, constatări care se pretinde că sunt preluate din Raportul de expertiză al dr. Siserman, dar care diferă în mod substanțial de acestea.** Astfel, aspectul macroscopic al infarctului de mari dimensiuni de la nivelul peretelui anterior al ventriculului stâng a fost modificat din culoare “brun-roșietică” în “zonă hiperemică de culoare roșu-cenușie”, pentru a face trimitere la un infarct mai vechi, iar precizarea “ce interesează toată grosimea peretelui” a fost suprimată complet, pentru a nu atesta infarctul transmural. **În consecință, diagnosticul anatomo-patologic macroscopic a fost modificat din “Infarct miocardic recent. Cicatrice miocardică. Fibroză miocardică.” (în Raportul de expertiză al dr. Siserman) în “Cicatrice miocardică. Fibroză miocardică.” (în Raportul de nouă expertiză) – diagnosticul de “infarct miocardic recent” fiind astfel înlăturat complet!** Cauza morții din Raportul de expertiză a fost și ea modificată din “infarct miocardic recent” în “infarct miocardic extins”, făcând astfel și mai greu de decelat vechimea infarctului. **Am ferma convingere că toate aceste modificări nu sunt întâmplare sau rezultatul unei erori, ci că sunt intenționate, deoarece ele reprezintă elemente articulate care converg către aceeași concluzie falsă, și anume că nu ar fi existat un infarct miocardic recent, în desfășurare în zilele de 12 și 13 martie 2014.** Modificările pot fi cu ușurință observate prin compararea constatărilor la necropsie referitoare la cord din Raportul de expertiză al dr. Siserman cu constatările la necropsie referitoare la cord din Raportul de nouă expertiză. Rezultă astfel dovada unei fraudări incalificabile a unui document medico-legal, care este în mod categoric de competența unei instanțe penale.

Mai departe, pentru a continua raționamentul început, s-a cosmetizat Raportul de nouă expertiză cu **Reexaminarea pe secțiuni noi de perete cardiac. Pretextând că rezultatele reexaminării ar fi în concordanță cu rezultatele histopatologice din Raportul de expertiză, se adaugă elementul vaselor de neoformație cu endoteliu propriu, care împinge astfel vechimea infarctului, constatată de doamna prof. dr. Sajin ca fiind sub o săptămână,**

la 4-5 săptămâni până la 2 luni! Cu toate că descrierea histopatologică a acestui infarct nu are ca și corespondent macroscopic decât descrierea incompletă modificată din constatările la necropsie, “zonă hiperemică de culoare roșu-cenușie”, el permite enunțarea ca și **cauză a morții în Raportul de nouă expertiză “tulburări circulatorii pe fondul unor microtromboze în teritoriul unui infarct miocardic în curs de organizare, cu vechime de 4-5 săptămâni până la 2 luni (cu aspect histopatologic de cicatrice miocardică recent constituită)”**. În acest fel, diagnosticul cauzei morții din Raportul de expertiză al dr. Siserman, de “infarct miocardic recent”, s-a metamorfozat într-o descriere histopatologică extrem de vagă, imposibil de interpretat și cu atât mai puțin de codificat în baza Codificării Internaționale a Bolilor, cum ar fi fost normal. **Nu se mai precizează nicăieri că decesul s-a datorat unui infarct miocardic recent, ci unor “tulburări circulatorii” (ce fel de tulburări au fost acestea încât să producă stop cardiorespirator și deces, nu se precizează!) apărute printr-un mecanism obscur pe fondul unui infarct miocardic ale cărui repere temporale sunt însă menționate clar: 4-5 săptămâni până la 2 luni!** Nimic așadar de-a face cu prezentarea de la UPU Alba Iulia sau cu perioada internării la Clinica BMF I Cluj și nimic de imputat medicilor care au îngrijit-o pe soția mea în zilele de 12 și 13 martie 2014!

Această fraudă grosolană are probabil de-a face și cu **lipsa raportului de necropsie**, pe care l-am solicitat în mod repetat, arătând că este inadmisibil, conform tuturor regulilor medicale cât și conform Recomandării No. R (99) 3 a Comitetului de miniștri al Consiliului Europei către statele membre privind armonizarea regulilor autopsiei medico-legale, ca o procedură medicală, cu atât mai mult medico-legală, să nu fie consemnată oficial în scris cu toate concluziile ei, imediat după realizare. **În ciuda insistențelor mele, procurorii au refuzat să solicite acest document de la IML Cluj, astfel încât nici în momentul de față nu se cunoaște dacă el există și ce conține!**

Toate aceste inadvertențe flagrante nu au ridicat niciun semn de întrebare Comisiei Superioare Medico-legale, care a avizat printr-un document de o jumătate de pagină, fără a motiva în niciun fel acest aviz, un Raport de nouă expertiză care măsluiește cauza morții unei persoane.După avizare, așa cum s-a și urmărit, orice încercare a subsemnatului de a solicita dispunerea unei expertize corecte a fost sortită eșecului, întrucât cei doi procurori aveau de acum o bază solidă pentru a acoperi fraudele și culpa medicală comisă, iar acțiunea concertată de mușamalizare a cauzelor morții soției mele a fost la scurt timp încununată de soluția de clasare a dosarului cauzei.

Rog să observați faptul că cele trei fraude comise în dosar, modificarea fișei UPU, fabricarea unui EKG normal și modificarea Constatărilor la necropsie nu reprezintă incidente izolate, ci fac parte dintr-

o înlănțuire logică, orientată în mod evident către obținerea unui anumit rezultat, fiind părți componente ale aceleiași acțiuni de mistificare a adevărului în vederea disculpării medicilor implicați. Aceste fraude nu reprezintă elemente subiective, ci probe obiective existente la dosarul cauzei, care pot fi constatate de către orice magistrat care, cu bună credință, ar fi interesat de descoperirea adevărului și de pedepsirea vinovaților.

În concluzie, în cursul fazei de urmărire penală am încercat prin toate mijloacele să mă fac ascultat și să îi determin pe cei doi procurori care au instrumentat dosarul să examineze argumentele și probele care stau la baza convingerii mele că decesul soției mele a fost cauzat de neglijența medicilor și că, încă dinaintea deschiderii dosarului penal, s-a început o acțiune concertată de mușamalizare a culpei acestora. Această acțiune a presupus fabricarea de false dovezi cum că soția mea s-ar fi prezentat la UPU Alba Iulia pentru o altă afecțiune decât infarctul miocardic care i-a provocat decesul, ceea ce s-a realizat prin falsificarea motivelor prezentării în fișa UPU, cu concursul poliției și al serviciilor de medicină legală din Alba și Cluj. La dosar a apărut un EKG normal care sfidează constatările de la necropsie și care nu se știe cui aparține, cine l-a efectuat și când. S-au ignorat cu desăvârșire toate sursele bibliografice medicale, reprezentate prin ghiduri clinice și protocoale elaborate de autorități profesionale și aprobate prin ordin al Ministerului Sănătății, care demonstreu greșeli de diagnostic, consulturi superficiale și abateri evidente ale medicilor de la normele de bună practică. **Și în sfârșit, de departe cea mai gravă faptă este reprezentată de falsificarea constatărilor de la necropsie, care apar modificate în Raportul de nouă expertiză față de Raportul de expertiză medico-legală, împreună cu diagnosticul anatomo-patologic de infarct miocardic recent, menționat ca și cauză a morții.** Cu toate acestea, Raportul de nouă expertiză a fost avizat de două organisme de control al efectuării lucrărilor medico-legale, Comisia de avizare din cadrul IML Cluj și Comisia Superioară Medico-legală din cadrul INML „Mina Minovici” București, avizări care au servit ulterior drept argumente pentru refuzul procurorului de a dispune efectuarea unei expertize corecte și pentru clasarea cauzei. Prin urmare, avem de-a face cu un grup de medici, medici legiști, polițiști și magistrați, care au conlucrat pentru a mușamaliza o culpă medicală și care trebuie să răspundă pentru faptele săvârșite.

Pentru toate considerentele enunțate mai sus, vă rog, domnule procuror general, să admiteți prezenta plângere, să desființați Ordonanța de clasare emisă de domnul procuror Irimie Ioan la data de 24.05.2017 și să dispuneți măsurile legale ce se impun în vederea tragerii la răspundere a vinovaților și a înlăturării unei reparații morale a prejudiciului enorm care

ni s-a adus, mie și celor doi copii ai mei, prin decesul soției mele, Burlacu Maria.

În drept, art. 339 din Noul Cod de Procedură Penală.

Alba Iulia,
19.06.2017

Cu stimă, prin av.,
Valeriu Burlacu