
























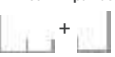

















1 raskauden keskeyttämisestä

3 samanaikaisesta raskauden keskeyttämisestä ja steriloisimisesta

OHJEET

Henkilötiedot (kohdat 1-3) Täytetään AB	1. Henkilötunnus (-) tai (A) 	2. Siviilisääty 1 naimaton 2 avioliitossa 3 avioliitossa 4 asumuserossa 5 leski 6 eronnut 7 rekisteröity parisuhde 9 ei tietoa	3. Kotikunta numero  nimi  ja /tai																								
Henkilöä koskevia muita tietoja (kohdat 4-5) Täytetään AB	4. Ammatti / työ (useita vaihtoehtoja voi rastittaa) 	1 ei ammattia 2 eläkeläinen 3 työtön 4 ei tietoa	5. Asuu parisuhteessa 1 kyllä 2 ei 9 ei tietoa																								
Aiemmat raskaudet (kohdat 6-7) Täytetään AB	6. Aiempien raskauksien lukumäärä synnytykset  elävänä syntyneet  kuolleena syntyneet  lapsia elossa  keskenmenot  raskauden keskeyttämiset  9 ei tietoa 7. Viimeisin (kohdassa 6 mainituista) aiemmista raskauksista päättynyt vuonna  1 synnytykseen 2 keskenmenoon 3 raskauden keskeyttämiseen 9 ei tietoa																										
Raskauden keskeyttäminen (kohdat 8-20) Täytetään AB	8. Tämän raskauden alkaessa käytetty ehkäisymenetelmä (useita vaihtoehtoja voi rastittaa) <table border="0"> <tr> <td>Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet</td> <td>Progestiini- ja estrogeenivalmisteet</td> <td>Muu</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 yhdistelmätabletit</td> <td>4 progestiini-tabletit</td> <td>8 muu kohdunsisäinen ehkäisin</td> <td>13 suunniteltu raskaus</td> </tr> <tr> <td>2 emätinrenas</td> <td>5 kapselit</td> <td>9 kondomi</td> <td>15 jälkiehkäisy</td> </tr> <tr> <td>3 laastari</td> <td>6 progestiini-injektio</td> <td>10 sterilointi (naisen)</td> <td>17 ei mitään ehkäisyä</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin</td> <td>11 sterilointi (miehen)</td> <td>19 ei tietoa</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>12 muu, mikä _____</td> <td></td> </tr> </table>			Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiini- ja estrogeenivalmisteet	Muu		1 yhdistelmätabletit	4 progestiini-tabletit	8 muu kohdunsisäinen ehkäisin	13 suunniteltu raskaus	2 emätinrenas	5 kapselit	9 kondomi	15 jälkiehkäisy	3 laastari	6 progestiini-injektio	10 sterilointi (naisen)	17 ei mitään ehkäisyä		7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	11 sterilointi (miehen)	19 ei tietoa			12 muu, mikä _____	
Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiini- ja estrogeenivalmisteet	Muu																									
1 yhdistelmätabletit	4 progestiini-tabletit	8 muu kohdunsisäinen ehkäisin	13 suunniteltu raskaus																								
2 emätinrenas	5 kapselit	9 kondomi	15 jälkiehkäisy																								
3 laastari	6 progestiini-injektio	10 sterilointi (naisen)	17 ei mitään ehkäisyä																								
	7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	11 sterilointi (miehen)	19 ei tietoa																								
		12 muu, mikä _____																									
9. Raskauden keskeyttämisen jälkeen käytettäväksi suunniteltu ehkäisy (useita vaihtoehtoja voi rastittaa) <table border="0"> <tr> <td>Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet</td> <td>Progestiini- ja estrogeenivalmisteet</td> <td>Muu</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 yhdistelmätabletit</td> <td>4 progestiini-tabletit</td> <td>8 muu kohdunsisäinen ehkäisin</td> <td>14 raskaus suunnitella</td> </tr> <tr> <td>2 emätinrenas</td> <td>5 kapselit</td> <td>9 kondomi</td> <td>16 ei tarvetta ehkäisyyn</td> </tr> <tr> <td>3 laastari</td> <td>6 progestiini-injektio</td> <td>10 sterilointi (naisen)</td> <td>17 ei mitään ehkäisyä</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin</td> <td>11 sterilointi (miehen)</td> <td>18 ei suunniteltua ehkäisyä</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>12 muu, mikä _____</td> <td>19 ei tietoa</td> </tr> </table>				Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiini- ja estrogeenivalmisteet	Muu		1 yhdistelmätabletit	4 progestiini-tabletit	8 muu kohdunsisäinen ehkäisin	14 raskaus suunnitella	2 emätinrenas	5 kapselit	9 kondomi	16 ei tarvetta ehkäisyyn	3 laastari	6 progestiini-injektio	10 sterilointi (naisen)	17 ei mitään ehkäisyä		7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	11 sterilointi (miehen)	18 ei suunniteltua ehkäisyä			12 muu, mikä _____	19 ei tietoa
Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiini- ja estrogeenivalmisteet	Muu																									
1 yhdistelmätabletit	4 progestiini-tabletit	8 muu kohdunsisäinen ehkäisin	14 raskaus suunnitella																								
2 emätinrenas	5 kapselit	9 kondomi	16 ei tarvetta ehkäisyyn																								
3 laastari	6 progestiini-injektio	10 sterilointi (naisen)	17 ei mitään ehkäisyä																								
	7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	11 sterilointi (miehen)	18 ei suunniteltua ehkäisyä																								
		12 muu, mikä _____	19 ei tietoa																								
10. Tiedot epäonnistuneesta raskauden keskeyttämisestä tai osakeskeyttämisestä aiemmin tässä raskaudessa (täytetään tarvittaessa) 1 lääkkeellinen keskeytys  2 imukaavinta  3 osakeskeyttäminen  Keskeyttämistoimenpiteen päivämäärä  Raskauden kesto: viikot  + päivät  (keskeyttämisen toimenpidepäivänä) Keskeyttämissairaalalan numero  ja/tai nimi 																											
11. Raskauden keskeyttämistä koskevan päätöksen tekijä 1 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) Valviran päätöksen päivämäärä  Valviran diaari-numero  2 kaksi (2) lääkärinä 3 yksi (1) lääkäri 4 hätäkeskeyttäminen (L 9 §) * (peruste kohtaan 12 : 1 ja diagnoosit 13 : 1)																											
12. Raskauden keskeyttämisen peruste (Laki raskauden keskeyttämisestä, 239/1970) (tarvittaessa useampia vaihtoehtoja voi rastittaa): 1 Sairaudesta, ruumiinviaasta tai heikkoudesta naisen hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 1 kohta)* 2 Elämänoiloista tai muista olosuhteista aiheutuva huomattava rasitus (L 1 § 2 kohta) 3 Väkisinmakaaminen tms. (L 1 § 3 kohta) 4 Alle 17-vuotias (< 17 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 4 kohta) 5 40 vuotta täyttänyt (≥ 40 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 4 kohta) 6 Synnyttänyt neljä (≥ 4) lasta (L 1 § 4 kohta) 7 Sikiön / lapsen vaikean sairauden, kehitysvammaisuuden tai rakennepoikkeavuuden riski (L 1 § 5 kohta)* 8 Todettu sikiön vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus (L 5a §)* 9 Äidin tai isän sairaus tai muu näihin verrattava lapsen hoitoa vakavasti rajoittava syy (L 1 § 6 kohta)*																											
13. * Diagnoosit (sanallisina ja ICD-10 -koodeina, ilman pistettä) 1 naisen diagnoosit (L 1 § 1 kohta ja/tai L 9 §) _____ ICD-10 -koodit  7/8 sikiön/odotettavan lapsen diagnoosit (L 1 § 5 kohta tai L 5a §) _____ ICD-10 -koodit  9 äidin tai isän diagnoosit (L 1 § 6 kohta) _____ ICD-10 -koodit 																											

<p>14. Keskeyttämispäivä (lääkkeellisessä raskauden keskeyttämisessä lääkkityksen aloittamispäivä)</p> 	<p>15. Raskauden kesto (paras arvio)</p> <p>viikot päivät</p>  <p>(keskeyttämispäivänä)</p>	<p>16. Raskauden keston arvio perustuu</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ultraäänitutkimus</p> <p><input type="checkbox"/> 2 alkionsiirto / inseminaatio</p>
<p>17. Keskeyttämissairaala</p> <p>numero _____ nimi _____</p> <p>ja/tai _____</p>	<p>18. Raskauden keskeyttämistoimenpide</p> <p><input type="checkbox"/> 1 polikliininen <input type="checkbox"/> 2 päiväkirurginen <input type="checkbox"/> 3 vaatinut vuodeosastohoitoa</p>	
<p>19. Raskauden keskeyttäminen: toimenpiteet ja muut käytännöt (tarvittaessa voi rastittaa useampia vaihtoehtoja)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Imukaavinta</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Imukaavinta esipehmenys <input type="checkbox"/> 21 prostaglandiinilla <input type="checkbox"/> 22 muulla _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 1. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys antiprogestiniilla ja prostaglandiinilla Prostaglandiini annettu <input type="checkbox"/> 31 sairaalassa <input type="checkbox"/> 32 kotona</p> <p><input type="checkbox"/> 4 2. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys <input type="checkbox"/> 41 antiprogestiniilla ja prostaglandiinilla <input type="checkbox"/> 42 prostaglandiinilla</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Pieni keisarileikkaus</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Monisikiöisen raskauden osakeskeyttäminen</p> <p>osakeskeyttämisen syynä <input type="checkbox"/> 61 elävien sikiöiden lukumäärä ennen osakeskeyttämistä <input type="checkbox"/> 62 elävien sikiöiden lukumäärä osakeskeyttämisen jälkeen</p> <p><input type="checkbox"/> 61 sikiöllä todettu vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus tai niiden riski <input type="checkbox"/> 62 samannumaiset kaksoset (sikiöitä ≥ 3) <input type="checkbox"/> 63 sikiöiden lukumäärän vähentäminen</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Muu, mikä _____</p>		
<p>20. Komplikaatiot (jotka tulevat tietoon yhden (1) kuukauden sisällä tämän raskauden keskeyttämistoimenpiteen jälkeen) (useita vaihtoehtoja voi rastittaa)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ei komplikaatioita</p> <p><input type="checkbox"/> 1 verenvuoto, joka ei vaatinut verensiirtoa <input type="checkbox"/> 8 muu komplikaatio, mikä (ICD-10 -koodeina, ilman pistettä)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 verenvuoto, joka vaati verensiirron komplikaatio _____ ICD-10 -koodit _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 kohdunsuun repeämä, joka vaati toimenpiteen</p> <p><input type="checkbox"/> 4 kohdun puhkeaminen, joka vaati toimenpiteen</p> <p><input type="checkbox"/> 5 istukan jäänteiden jääminen kohtuun keskeyttämistoimenpiteen jälkeen</p> <p><input type="checkbox"/> 6 munapussin ja elottoman sikiön jääminen kohtuun keskeyttämistoimenpiteen jälkeen</p> <p><input type="checkbox"/> 7 sisäsyntyintulehdus <input type="checkbox"/> 9 ei tietoa</p>		

Henkilötiedot (kohdat 1-3) Täytetään ST	1. Henkilötunnus (-] tai [A]) 	2. Siviilisäätö <input type="checkbox"/> 1 naimaton <input type="checkbox"/> 2 avioliitossa <input type="checkbox"/> 3 avioliitossa <input type="checkbox"/> 4 asumuserossa <input type="checkbox"/> 5 leski <input type="checkbox"/> 6 eronnut <input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/> 9 ei tietoa	3. Kotikunta numero  nimi  ja /tai _____
Hakijaa koskevia muita tietoja (kohdat 4-5) Täytetään ST	4. Ammatti / työ (useita vaihtoehtoja voi rastittaa) _____	<input type="checkbox"/> 1 ei ammattia <input type="checkbox"/> 2 eläkeläinen <input type="checkbox"/> 3 työtön <input type="checkbox"/> 4 ei tietoa	5. Asuu parisuhteessa <input type="checkbox"/> 1 kyllä <input type="checkbox"/> 2 ei <input type="checkbox"/> 9 ei tietoa
Aiemmat raskaudet (kohdat 6-7) Täytetään ST	6. Aiempien raskauksien lukumäärä (täytetään vain, kun kyse on naisen sterilioimisesta) synnytykset  elävänä syntyneet  kuolleena syntyneet  lapsia elossa  keskenmenot  raskauden keskeyttämiset <input type="checkbox"/> 9 ei tietoa 7. Viimeisin (kohdassa 6 mainituista) aiemmista raskauksista päättynyt (täytetään vain, kun kyse on naisen sterilioimisesta) vuonna  <input type="checkbox"/> 1 synnytykseen <input type="checkbox"/> 2 keskenmenoon <input type="checkbox"/> 3 raskauden keskeyttämiseen <input type="checkbox"/> 9 ei tietoa		
Steriloiminen (kohdat 21-31) Täytetään ST	21. Ennen sterilointimenetelmää käytetty ehkäisymenetelmä (useita vaihtoehtoja voi rastittaa) Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet Progestiini-valmisteet Muu <input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit <input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit <input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin <input type="checkbox"/> 2 emätinrengas <input type="checkbox"/> 5 kapselit <input type="checkbox"/> 9 kondomi <input type="checkbox"/> 3 laastari <input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio <input type="checkbox"/> 10 sterilointi (naisen) <input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin <input type="checkbox"/> 11 sterilointi (miehen) <input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____ <input type="checkbox"/> 13 suunniteltu raskaus <input type="checkbox"/> 15 jälkiehkäisy <input type="checkbox"/> 17 ei mitään ehkäisyä <input type="checkbox"/> 19 ei tietoa		
22. Aiempi sterilointi (täytetään vain tarvittaessa) vuonna  <input type="checkbox"/> 1 epäonnistunut <input type="checkbox"/> 2 purettu vuonna 			
23. Steriloimista koskevan päätöksen tekijä <input type="checkbox"/> 1 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) Valviran päätöksen päivämäärä  Valviran diaari-numero  <input type="checkbox"/> 2 kaksi (2) lääkärinä <input type="checkbox"/> 3 yksi (1) lääkäri <input type="checkbox"/> 5 sterilointi (L 6 §) hätäkeskeyttämisen yhteydessä * (diagnoosit kohtaan 25 : 4)			
24. Steriloimisen peruste (Laki sterilioimisesta, 283/1970) (tarvittaessa useampia vaihtoehtoja voi rastittaa): <input type="checkbox"/> 1 Nainen on synnyttänyt kolme (≥ 3) lasta (L 1 § 1 kohta)* <input type="checkbox"/> 2 Henkilöllä on yksin tai puolisonsa (avioliitto tai rekisteröity parisuhde) kanssa kolme (≥ 3) alaikäistä lasta (L 1 § 1 kohta) <input type="checkbox"/> 3 Henkilö on täyttänyt 30 vuotta (≥ 30 v) (L 1 § 2 kohta) <input type="checkbox"/> 4 Raskaus vaarantaisi naisen hengen ja terveyden (L 1 § 3 kohta)* <input type="checkbox"/> 5 Ehkäisyvaikeudet (L 1 § 4 kohta) <input type="checkbox"/> 6 Henkilön jälkeläisellä olisi tai hänelle kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika (L 1 § 5 kohta)* <input type="checkbox"/> 7 Henkilön sairaus tai muu siihen verrattava syy vakavasti rajoittaa hänen kykyään hoitaa lapsia (L 1 § 6 kohta)* <input type="checkbox"/> 8 Transseksuaalin sukupuolen vahvistaminen (L 1 § 7 kohta)			
25. * Diagnoosit (sanallisina ja ICD-10 -koodeina, ilman pistettä) ICD-10 -koodit <input type="checkbox"/> 4 naisen diagnoosit (1 § 3 kohta ja/tai L 6 §) _____ <input type="checkbox"/> 6 jälkeläisen diagnoosit (L 1 § 5 kohta) _____ <input type="checkbox"/> 7 henkilön diagnoosit (L 1 § 6 kohta) _____			
26. Steriloimisen toimenpidepäivä 	27. Steriloiminen tehtiin (saman hoitojakson aikana) <input type="checkbox"/> 1 pelkästään sterilointi <input type="checkbox"/> 2 raskauden keskeyttämisen yhteydessä (saman hoitojakson aikana) (vain naisen kohdalla) <input type="checkbox"/> 3 synnytyksen yhteydessä (saman hoitojakson aikana) (vain naisen kohdalla)		
28. Steriloimisen toimenpidesairaala tai -yksikkö numero  nimi _____ ja/tai _____	29. Steriloimistoimenpide <input type="checkbox"/> 1 polikliininen <input type="checkbox"/> 2 päiväkirurginen <input type="checkbox"/> 3 vaatinut vuodeosastohoitoa		

30. Steriloiminen: tehdyt toimenpiteet

Naiselle tehdyt toimenpiteet

- 1 Steriloiminen vatsaontelon täyhystyksessä
- 2 Steriloiminen kohdun täyhystyksessä
- 3 Steriloiminen laparotomiaiteitse
- 4 Muu, mikä _____

Miehelle tehdyt toimenpiteet

- 5 Siemenjohtimien katkaisu
- 6 Muu, mikä _____

31. Komplikaatiot (vain sterilointiin liittyvät komplikaatiot, jotka tulevat tietoon yhden (1) kuukauden sisällä tämän sterilointitoimenpiteen jälkeen) (useita vaihtoehtoja voi rastittaa)

- 0 ei komplikaatioita
- 1 komplikaatio, joka vaatinut toimenpiteen, mikä (koodi ilman pistettä)
- 2 muu komplikaatio, mikä (koodi ilman pistettä)
- 9 ei tietoa

komplikaatio

ICD-10 -koodit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lisätietoja
tarvittaessa
Täytetään AB ja ST
