

SUOMEN SÄÄDÖSKOKOELMA

Julkaistu Helsingissä 3 päivänä huhtikuuta 2023

624/2023

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus raskauden keskeyttämistä ja steriloinnista koskevista lomakkeista annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamisesta

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti
kumotaan raskauden keskeyttämistä ja steriloinnista koskevista lomakkeista annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (1063/2008) 4 § sekä
muutetaan 1 ja 3 § sekä liite 1–6 seuraavasti:

1 §

Soveltamisala

Tässä asetuksessa säädetään raskauden keskeyttämisen ja steriloinnin hakemiseen ja päätöksentekoon, taustatiedoista sekä edellä mainittujen toimenpiteiden ilmoittamiseen liittyvistä lomakkeista.

Tässä asetuksessa säädetään myös lomakkeesta, jota käytetään raskauden keskeyttämiseen liittyvien esitietojen selvittämiseen ja lakisääteisten edellytysten toteutumisen tarkistamiseen, kun raskaus on edennyt enintään kahdennentoista raskausviikon loppuun.

3 §

Lomakkeiden tarkoitus

Raskauden keskeyttämiseen ja steriloinniseen liittyvissä asioissa tulee käyttää liitteiden mukaisia lomakkeita seuraavasti:

1) raskauden keskeyttämiseen liittyvien esitietojen selvittämiseen ja lakisääteisten edellytysten toteutumisen tarkistamiseen liittyvät merkinnät, raskauden keskeyttämistä koskeva hakemus ja siihen liittyvä lääkärin lausunto hakijan terveydentilasta sekä raskauden keskeyttämisestä annetun lain (239/1970) 5 §:n 2 momentissa ja 6 §:n 1 momentissa tarkoitettu lausunto ja päätös laaditaan liitteen 1 mukaiselle lomakkeelle AB 1 Raskauden keskeyttäminen;

2) selvitys hakijan ja hänen perheensä elämänoloista ja muista olosuhteista laaditaan liitteen 2 mukaiselle lomakkeelle AB 2 Selvitys raskaana olevan ja hänen perheensä elämänoloista;

3) lääkärin lausunto sikiön terveydentilasta laaditaan liitteen 3 mukaiselle lomakkeelle AB 3 Raskauden keskeyttäminen sikiöperusteella;

4) steriloinnista koskeva hakemus ja siihen liittyvä lääkärin lausunto sekä steriloinnislain (283/1970) 4 §:n 1 momentin 1 ja 2 kohdassa tarkoitettu lausunto ja päätös laaditaan liitteen 4 mukaiselle lomakkeelle ST 1 Steriloiminen;

5) ilmoitus tehdystä raskauden keskeyttämisestä Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle tehdään liitteen 5 mukaisella lomakkeella AB 4 Ilmoitus suoritetusta raskauden keskeyttämisestä; ja

624/2023

6) ilmoitus tehdystä steriloinimisesta Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle tehdään liitteen 6 mukaiselle lomakkeella ST2 Ilmoitus suoritetusta steriloinimisesta.
Lomakkeet AB 2 ja AB 3 ovat liitteitä lomakkeeseen AB 1.

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä syyskuuta 2023.

Helsingissä 30.3.2023

Perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru

Hallitusneuvos Merituuli Mähkä

RASKAUDEN KESKEYTTÄMINEN

Lomaketta käytetään raskauden keskeyttämiseen liittyvien esitietojen selvittämiseen ja lakisääteisten edellytysten toteutumisen tarkistamiseen sekä raskauden keskeyttämiseen liittyvän lääkärinlausunnon, hakemuksen ja päätöksen laatimiseen terveydenhuollossa.

Lomake on tarvittaessa myös lähete terveydenhuollon toimintayksikköön, jossa keskeytys suoritetaan.

Lomakkeelle täytettävien tietojen lisäksi on tehtävä hoidon toteuttamisen kannalta tarpeelliset merkinnät muihin potilasasiakirjoihin.

RASKAUDENKESKEYTYKSEEN HAKEUTUNEEN HENKILÖTIEDOT

1 Sukunimi (Myös aiemmat. Nykyinen sukunimi isoilla kirjaimilla)		2 Etunimet (Käytössä oleva etunimi isoilla kirjaimilla)	
3 Henkilötunnus	4 Osoite		5 Puhelinnumero (Virka-aikana)
6 Siviilisäätty		7 Kotikunta	
<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 3 avoliitossa	<input type="checkbox"/> 5 leski	<input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde
<input type="checkbox"/> 2 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 4 asumuserossa	<input type="checkbox"/> 6 eronnut	<input type="checkbox"/> 9 ei tietoa
		ja/tai Kotikunnan numero	

RASKAUDENKESKEYTYKSEEN HAKEUTUNUTTA KOSKEVIA MUITA TIETOJA

8 Asuu parisuhteessa	9 Henkilöllisyyden toteamistapa	10 Estääkö raskaana olevan psyykinen sairaus, muu mielenterveyden häiriö tai kehitysvamma pätevän pyynnön esittämisen raskauden keskeyttämiseen?
<input type="checkbox"/> 1 kyllä <input type="checkbox"/> 2 ei	<input type="checkbox"/> 1 henkilö tunnettu <input type="checkbox"/> 2 todettu henkilöllisyydestodistuksesta <input type="checkbox"/> 3 jäänyt toteamatta	<input type="checkbox"/> 2 ei <input type="checkbox"/> 1 kyllä <input type="checkbox"/> E1 selvitys edunvalvonnasta <input type="checkbox"/> jos kyllä, lääkärin perustelut liitteenä

ESITIEDOT

11 Aiempien raskauksien lukumäärä					
synnytykset	elävänä syntyneet	kuolleena syntyneet	lapsia elossa	keskenmenot	raskauden keskeyttämiset
_____	_____	_____	_____	_____	_____
12 Viimeisin (kohdassa 11 mainituista) aiemmista raskauksista päättynyt					
vuonna _____	<input type="checkbox"/> 1 synnytykseen	<input type="checkbox"/> 2 keskenmenoon	<input type="checkbox"/> 3 raskauden keskeyttämiseen		
13 Tämän raskauden alkaessa käytetty ehkäisy menetelmä (Useita vaihtoehtoja voi valita)					
Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet		Progestiini valmisteet	Muu		
<input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas	<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 4 progestiini tabletit	<input type="checkbox"/> 5 progestiini kapselit	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio
<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin	<input type="checkbox"/> 9 kondomi	<input type="checkbox"/> 10 sterilointi (raskaana olevan)	<input type="checkbox"/> 11 sterilointi (puolison)	<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____
<input type="checkbox"/> 13 suunniteltu raskaus	<input type="checkbox"/> 14 jälkiehkäisy	<input type="checkbox"/> 15 ei mitään ehkäisyä			
14 Raskauden keskeyttämisen jälkeen käytettäväksi suunniteltu ehkäisy (Useita vaihtoehtoja voi valita)					
Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet		Progestiini valmisteet	Muu		
<input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas	<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 4 progestiini tabletit	<input type="checkbox"/> 5 progestiini kapselit	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio
<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin	<input type="checkbox"/> 9 kondomi	<input type="checkbox"/> 10 sterilointi (raskaana olevan)	<input type="checkbox"/> 11 sterilointi (puolison)	<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____
<input type="checkbox"/> 13 raskaus suunnitteilla	<input type="checkbox"/> 14 ei tarvetta ehkäisyyn	<input type="checkbox"/> 15 ei mitään ehkäisyä			
15 Viimeisten kuukautisten alkamispäivä tai alkionsiirto-/inseminaatiopäivä tässä raskaudessa					
päivämäärä _____	<input type="checkbox"/> 1 viimeisten kuukautisten alkamispäivä	<input type="checkbox"/> 2 alkionsiirron/inseminaation päivä			

16 Tiedot epäonnistuneesta raskauden keskeyttämisestä aiemmin tässä raskaudessa (Elävä sikiö jäänyt kohtuun) (Täytetään tarvittaessa)			
<input type="checkbox"/> 1 lääkkeellinen keskeytys	<input type="checkbox"/> 2 imukaavinta	Toimintayksikön numero, jossa epäonnistunut keskeyttäminen suoritettiin	Toimintayksikön nimi, jossa epäonnistunut keskeyttäminen suoritettiin
Epäonnistuneen toimenpiteen päivämäärä	Raskauden kesto (toimenpidepäivänä) viikot _____ + päivät _____	_____ ja/tai _____	_____ ja/tai _____

TUTKIMUSTULOKSET

17 Raskauden kesto (Paras arvio kehosta arviointipäivämääränä) viikot _____ päivät _____ Päivämäärä, jona arvio tehty _____ + _____	18 Raskauden keston arvio perustuu <input type="checkbox"/> 1 kuukautiset <input type="checkbox"/> 3 ultraäänitutkimus <input type="checkbox"/> 2 alkionsiirto/inseminaatio
--	--

19 Sikiöiden lukumäärä monisikiöraskaudessa
 ___ Elävien sikiöiden lukumäärä monisikiöisessä raskaudessa lääkärin suorittaman tutkimuksen perusteella
 ___ Keskeytettävien sikiöiden lukumäärä monisikiöisessä raskaudessa, jossa suunnitellaan osakeskeytystä

20 Raskauden keskeyttämiseen vaikuttavat löydökset, somaattinen, psyykinen ja sosiaalinen tila ja raskaudenaikaiset altistukset.
(Pakollinen vain, jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk) (Lisätiedot tarvittaessa liitteellä. Tiedot sikiön poikkeavuuksista lomakkeella AB 3) tutkimuspäivämäärä _____

AB 3 Liite

HAKIJAN ANTAMAT TIEDOT

21 Tiedot, joiden hakija katsoo vaikuttavan raskauden keskeyttämistä koskevan asian ratkaisuun
(Täytetään vain, jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk) (Vapaamuotoinen lisäselvitys tarvittaessa liitteellä)

AB 2 Liite

KESKEYTYKSEEN HAKEUTUMISEN PERUSTE

22 Peruste hakeutua raskauden keskeytykseen (Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970) (Kohdat 1-9 vain jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk, tarvittaessa voi valita useampia vaihtoehtoja.)

0 Raskauden kesto 12+0 rvk tai alle (L 1 § 1 mom.)

<input type="checkbox"/> 1 Sairaudesta, ruumiinviaasta tai heikkoudesta raskaana olevan hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 2 mom.)*	<input type="checkbox"/> 11 lääkärin lausunto tai kopio potilasasiakirjoista
<input type="checkbox"/> 2 Elämänoloista tai muista olosuhteista aiheutuva huomattava rasitus (L 1 § 3 mom. 1 kohta)	<input type="checkbox"/> 21 lomake AB 2 aina liitteenä
<input type="checkbox"/> 3 Seksuaalirikos (L 1 § 3 mom. 3 kohta)	<input type="checkbox"/> 31 mahdollinen rikosilmoitus liitteenä
<input type="checkbox"/> 4 Alle 17-vuotias (< 17 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 6 kohta)	
<input type="checkbox"/> 5 40 vuotta täyttänyt (≥ 40 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 5 kohta)	
<input type="checkbox"/> 6 Synnyttänyt neljä (≥ 4) lasta (L 1 § 3 mom. 5 kohta)	<input type="checkbox"/> A potilasasiakirjat <input type="checkbox"/> B Digi- ja väestötietovirasto <input type="checkbox"/> C hakija itse <input type="checkbox"/> D muu
<input type="checkbox"/> 7 Sikiön/lapsen vaikean sairauden, kehitysvammaisuuden tai rakennepoikkeavuuden riski (L 1 § 3 mom. 4 kohta)*	<input type="checkbox"/> 71 lomake AB 3 aina liitteenä
<input type="checkbox"/> 8 Todettu sikiön vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus (L 5a §)*	<input type="checkbox"/> 81 lomake AB 3 aina liitteenä
<input type="checkbox"/> 9 Jommankumman vanhemman sairaus tai muu näihin verrattava lapsen hoitoa vakavasti rajoittava syy sairaus tai muu näihin verrattava lapsen hoitoa vakavasti rajoittava syy (L 1 § 3 mom. 2 kohta)*	<input type="checkbox"/> 91 lääkärin lausunto tai kopio potilasasiakirjoista

23 * Diagnoosit (Sanallisina ja ICD-10-koodeina, ilman pistettä) ICD-10-koodit _____ Liite

<input type="checkbox"/> 1 raskaana olevan diagnoosit (L 1 § 2 mom.)	_____
<input type="checkbox"/> 7/8 sikiön/odotettavan lapsen diagnoosit (L 1 § 3 mom. 4 kohta tai L 5a §)	_____
<input type="checkbox"/> 9 vanhemman diagnoosit (L 1 § 3 mom. 2 kohta)	_____

24 Perusteet raskauden keskeyttämisen viivästykselle (L 1 § 4 mom.) (Täytetään vain, jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk; ei kuitenkaan näissäkään tapauksissa täytetä, jos hakija alle 17-vuotias (<17 v) raskaaksi saatettaessa taikka jos keskeyttämislupaa haetaan ns. terveysvaaran perusteella (L 1 § 2 mom.) tai sikiöperusteella 20+1–24+0 rvk (L 5a §))

1 epävarma kuukautisanamneesi ja siitä johtuva myöhäinen raskauden toteaminen
 2 parisuhteen muutos
 3 vaikeus päätöksenteossa

4 vaikeus päästä lääkärin vastaanotolle
 5 masentuneisuus, väsymys, mielenterveysongelmat
 6 epäonnistunut keskeyttäminen aiemmin tässä raskaudessa

7 muu syy, mikä _____

Tarkemmat tiedot _____

AB 2
 AB 3
 Liite

HAKIJAN ALLEKIRJOITUS (Raskaana olevan allekirjoitus vain, jos raskauden kesto yli 12+0 rvk. Edunvalvojan allekirjoitus ja liitteet raskauden kestosta riippumatta.)

25 Pyydän lupaa, että raskauteni saataisiin keskeyttää. Jos raskauteni keskeyttämistä koskevaa asiaa käsitellään toisessa terveydenhuollon yksikössä, annan luvan luovuttaa tietoja tätä keskeytysasiaä käsitteleville terveydenhuollon ammattihenkilöille ja toimintayksiköille. Jos raskauteni keskeyttämistä koskevaa asiaa käsitellään Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastossa, olen tietoinen, että tietojani voidaan luovuttaa virastolle raskauden keskeytystä koskevan hakemukseni ratkaisemiseksi. Samalla vakuutan, että olen saanut selvityksen raskauden keskeyttämisen merkityksestä ja vaikutuksista. Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Paikka	Päivämäärä	Hakijan omakätinen allekirjoitus
<input type="checkbox"/> E2 Edunvalvoja hakijana	<input type="checkbox"/> E3 Edunvalvojan vapaamuotoinen hakemus	Nimenselvennys

TERVEYSVAARAPERUSTEISSA (L 1 § 2 mom.) LAUSUNNONANTAJALÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ

26 Edellytykset hakijan raskauden keskeyttämiseen (Täytetään vain, jos perusteena on raskaana olevan hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 2 mom.) ja raskauden keston ollessa yli 12+0 rvk)

1 ovat olemassa
 2 eivät ole olemassa

Perustelut (Täytetään aina, jos lausunnonantajalääkäri ei puolla hakijan raskauden keskeyttämistä. Tarvittaessa myös myönteiset perustelut voi esittää.)

Liite

Hakija haluaa, että hakemus ohjataan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon (Valvira) raskauden keskeyttämisluvan myöntämistä varten (L 6 § 2 mom.)

1 kyllä
 2 ei

VALVIRALLE LAUSUNNON LÄHETTÄVÄ LÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ

27 Edellytykset hakijan raskauden keskeyttämiseen

1 ovat olemassa ja raskaus on kestänyt yli 12+0 rvk mutta enintään 20+0 rvk (12+1–20+0 rvk) (L 1 § 3 ja 4 mom.)

2 ovat olemassa, keskeytyksen perusteena on todettu vaikea sikiön sairaus tai ruumiinvika (20+1–24+0 rvk) (L 5a §)

3 lain mukaisia edellytyksiä raskauden keskeyttämiseen ei ole (12+1–24+0 rvk)

Perustelut (Täytetään aina, jos lääkäri ei puolla hakijan raskauden keskeyttämistä. Tarvittaessa myös myönteiset perustelut voi esittää.)

Liite

28 Osoite, johon Valviran päätös pyydetään palauttamaan (Toimintayksikön tai hakijan)

LÄÄKÄRIN ALLEKIRJOITUS (≤ 12+0 rvk keskeytyksen suorittava lääkäri. Lääkkeellisessä raskauden keskeyttämisessä lääkityksen aloittanut lääkäri. Terveysvaaraperusteessa ja Valviran päätettävissä asioissa lähettävä lääkäri.)

29 Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta. Raskaana olevalle on annettu selvitys raskauden keskeyttämisen merkityksestä ja vaikutuksista.			
Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus	
Ammattinimike	Toimintayksikkö	Nimenselvennys	Yksilöintitunnus

TERVEYSVAARAPERUSTEESSA (L 1 § 2 mom.) SUORITTAJALÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ (Lääkkeellisessä raskauden keskeyttämisessä lääkityksen aloittanut lääkäri)

<p>30 Raskauden kesto (Paras arvio kestosta arviointipäivämääränä) (Täytetään vain, jos perusteena on raskaana olevan hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 2 mom.) ja raskauden keston ollessa yli 12+0 rvk)</p> <p>viikot _____ päivät _____ päivämäärä, jona arvio tehty</p> <p>_____ + _____</p>	<p>31 Raskauden keston arvio perustuu</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ultraäänitutkimus</p> <p><input type="checkbox"/> 2 alkionsiirto/inseminaatio</p>
<p>32 Edellytykset hakijan raskauden keskeyttämiseen (Täytetään vain, jos perusteena raskaana olevan hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 2 mom.) ja raskauden keston ollessa yli 12+0 rvk)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Yhdyn edellä olevaan lausunnonantajalääkäriin raskauden keskeyttämistä puoltavaan lausuntoon.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 En yhdy edellä olevaan lausunnonantajalääkäriin lausuntoon.</p> <p>Perustelut (Täytetään aina jos suorittajalääkäri ei puolla hakijan raskauden keskeyttämistä. Tarvittaessa myös myönteiset perustelut voi esittää.)</p>	
<input type="checkbox"/> Liite	

Hakija haluaa, että hakemus ohjataan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon (Valvira) raskauden keskeyttämisluvan myöntämistä varten (L 6 § 2 mom.)

1 kyllä 2 ei

33 Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta. Raskaana olevalle on annettu selvitys raskauden keskeyttämisen merkityksestä ja vaikutuksista.			
Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus	
Ammattinimike	Toimintayksikkö	Nimenselvennys	Yksilöintitunnus
34 Osoite, johon Valviran päätös pyydetään palauttamaan (Toimintayksikön tai hakijan)			

SELVITYS RASKAANA OLEVAN JA HÄNEN PERHEENSÄ ELÄMÄNOLOISTA

Hakija voi esittää lomakkeen. Selvityksen allekirjoittaa sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja tai näitä vastaava sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö (mieluummin muu kuin Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle [Valvira] lausunnon antava lääkäri). Selvitys annetaan, kun raskauden keskeyttämistä haetaan raskaana olevan tai hänen perheensä elämänoista tai muista olosuhteista aiheutuvan huomattavan rasituksen perusteella (L 1 § 3 mom. 1 kohta) ja raskauden kesto on yli 12+0 raskausviikkoa. AB 2 -selvitys liitetään mukaan aina, kun Valviralta haetaan raskauden keskeyttämistä edellä olevalla perusteella, ei kuitenkaan, jos hakija on saatettu raskaaksi alle 17-vuotiaana (< 17 v).

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

1 Sukunimi (Myös aiemmat. Nykyinen sukunimi isoilla kirjaimilla.)		2 Etunimet (Käytössä oleva etunimi isoilla kirjaimilla)	
3 Henkilötunnus	4 Siviilisäät		
	<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 3 avoliitossa	<input type="checkbox"/> 5 leski
	<input type="checkbox"/> 2 avoliitossa	<input type="checkbox"/> 4 asumuserossa	<input type="checkbox"/> 6 eronnut
			<input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde
			<input type="checkbox"/> 9 ei tietoa

HAKIJAN ANTAMA SELVITYS

5 Hakijan antama selvitys niistä syistä, joiden perusteella hän hakee raskauden keskeyttämis lupaa (Esim. parisuhde, perhetilanne, muut ihmissuhteet, tulevaisuuden suunnitelmat, hakijan ja odotettavan lapsen isän/hakijan puolison halu ja edellytykset hoitaa ja kasvattaa lasta, hakijan ja odotettavan lapsen isän/hakijan puolison ikä, odotettavan lapsen isän/hakijan puolison tai muun perheenjäsenen huono terveydentila, synnyttämisen ja lapsen hoidon vaikutukset hakijan työtilanteeseen, opiskeluun yms.)	Hakija asuu parisuhteessa
	<input type="checkbox"/> 1 kyllä <input type="checkbox"/> 2 ei
<input type="checkbox"/> Liite	

HAKIJAN TYÖOLOSUHTEET

6 Ammatti/työ
<input type="checkbox"/> Liite
7 Työn luonne ja työsuhteen pysyvyys
<input type="checkbox"/> Liite

HAKIJAN ASUMISOLOSUHTEET

8 Asumisolosuhteet

Liite

HAKIJAN TALOUDELLINEN TILANNE

9 Hakijan ja hänen perheensä taloudellinen tilanne (Tulot, velat, sosiaalietuisuudet ja muut taloudellista tilannetta kuvaavat seikat)

Liite

MUUT RATKAISUUN VAIKUTTAVAT SEIKAT

10 Selvityksen allekirjoittajan tiedossa olevat muut asian ratkaisuun vaikuttavat seikat Odotettavan lapsen isää kuultu

Liite

SELVITYKSEN ALLEKIRJOITTAJAN ARVIO

11 Selvityksen allekirjoittajan edellä esitettyihin tietoihin perustuva käsitys siitä, onko lain (239/1970) 1 § 3 mom. 1 kohdassa tarkoitettujen edellytysten raskauden keskeyttämiselle katsottava olevan olemassa (L 1 § 3 mom. 1 kohta: Raskaus voidaan raskaana olevan pyynnöstä keskeyttää, kun hänen tai hänen perheensä elämänot ja muut olosuhteet huomioon ottaen lapsen synnyttäminen ja hoito olisi hänelle huomattava rasitus.)

1 kyllä 2 ei

Perustelut (Täytetään aina, jos selvityksen allekirjoittaja ei puolla raskauden keskeyttämistä. Tarvittaessa myös myönteiset perustelut voi esittää.):

12 Allekirjoitus

Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus
Ammattinimike	Toimintayksikkö	Nimenselvennys

RASKAUDEN KESKEYTTÄMINEN SIKIÖPERUSTEELLA

Pakollinen vain, jos raskauden kesto on yli 12+0 raskausviikkoa ja keskeytystä haetaan sikiöperusteisesti.

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

1 Sukunimi (Myös aiemmat. Nykyinen sukunimi isoilla kirjaimilla.)	
2 Etunimet (Käytössä oleva etunimi isoilla kirjaimilla)	3 Henkilötunnus

NYKYRASKAUS

4 Viimeisten kuukautisten alkamispäivä tai alkionsiirto-/inseminaatiopäivä Päivämäärä _____ <input type="text"/> 1 viimeisten kuukautisten alkamispäivä _____ <input type="text"/> 2 alkionsiirron/inseminaation päivä		5 Sikiöiden lukumäärä (Viimeisimmän tutkimuksen mukaan) elävät kuolleet _____ Suunnitellaan osakeskeyttävien sikiöiden lukumäärä _____
6 Raskauden kesto kuukautisista tai alkionsiirron/inseminaation perusteella viikot _____ päivät _____ päivämäärä, jona arvio tehty <input type="text"/> 1 kuukautiset _____ + _____ <input type="text"/> 2 alkionsiirto/inseminaatio		7 Raskauden kesto ultraäänitutkimuksen perusteella viikot _____ päivät _____ päivämäärä, jona arvio tehty _____ + _____

HAKIJAN MAHDOLLISET ALTISTUMISET JA MUUT RASKAUDENAIKAISIA ONGELMAT

8 Sairaudet, lääkkeet, muut mahdolliset sikiöaurioita aiheuttavat tekijät, lapsettomuuden hoito; tarvittaessa aika ja annos. Raskaudenaikaiset ongelmat, esimerkiksi sikiön kasvuhäiriö, verenvuodot, lapsivedenmeno. Monisikiöisyys.

Liite

SUKUTIEDOT

9 Aiemmillä lapsilla/sikiöillä tai suvussa esiintyneet perinnölliset sairaudet tai muut poikkeavuudet, joiden katsotaan vaikuttavan raskauden keskeyttämistä koskevan asian ratkaisuun. Sairaana henkilön sukulaisuussuhde sikiöön. Hakijan ja/tai hänen puolisonsa kuolleena syntyneet lapset ja/tai sikiöperusteella tehdyt raskauden keskeyttämiset. (Syntymä- ja keskeyttämivuodet)

Perinnöllisyyslääkärin lausunto
 Liite

SEULONNAT JA TUTKIMUKSET SIKIÖN POIKKEAVUUKSIEN HAVAITSEMISEKSI

	10 Tehdyt seulonnat ja tutkimukset	Seulontatulokset		Sikiön poikkeavuus			Tutkimus-/näytteenotto- päivämäärä/yhdistelmä- seulonnan tuloksen valmistuspäivämäärä	Seulonta-/ tutkimus- yksikkö
		normaali	poikkeava	ei poik- keavuutta	epäilty	todettu		
<input type="checkbox"/>	1 varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15		
<input type="checkbox"/>	2 varhaisraskauden yhdistelmäseulonta	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22					
<input type="checkbox"/>	2A varhaisraskauden seerumiseulonta	<input type="checkbox"/> 2A1	<input type="checkbox"/> 2A2					
<input type="checkbox"/>	2B niskaturvotuksen mittaaminen	<input type="checkbox"/> 2B1	<input type="checkbox"/> 2B2	<input type="checkbox"/> 2B3	<input type="checkbox"/> 2B4	<input type="checkbox"/> 2B5		
<input type="checkbox"/>	3 NIPT-tutkimus	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32					
<input type="checkbox"/>	4 toisen raskauskolmanneksen seerumiseulonta	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 42					
<input type="checkbox"/>	5 rakenneultraäänitutkimus (rakenneseulonta)	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/> 55		
<input type="checkbox"/>	6 tarkennettu ultraäänitutkimus			<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/> 64	<input type="checkbox"/> 65		
<input type="checkbox"/>	7 muu ultraäänitutkimus			<input type="checkbox"/> 73	<input type="checkbox"/> 74	<input type="checkbox"/> 75		
<input type="checkbox"/>	8 istukanäytetutkimus			<input type="checkbox"/> 83	<input type="checkbox"/> 84	<input type="checkbox"/> 85		
<input type="checkbox"/>	9 lapsivesitutkimus			<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 94	<input type="checkbox"/> 95		
<input type="checkbox"/>	10 napasuonipistotutkimus			<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 104	<input type="checkbox"/> 105		
<input type="checkbox"/>	11 magneettikuvaus			<input type="checkbox"/> 113	<input type="checkbox"/> 114	<input type="checkbox"/> 115		
<input type="checkbox"/>	12 muu tutkimus, mikä _____			<input type="checkbox"/> 123	<input type="checkbox"/> 124	<input type="checkbox"/> 125		

11 Alkuperäiset aiheet tarkempiin sikiön tutkimuksiin
(Useita vaihtoehtoja voi tarvittaessa valita)

NIPT-tutkimuksen tulos _____ Niskaturvotuksen paksuus (NT) _____, ____ mm

1 Kohonnut riski kromosomipoikkeavuuteen, perustuu 11 seulonnan tuloksiin 12 hakijan ikään 13 sukutietoihin
Riskiluku kromosomipoikkeavuuteen
seulonnan perusteella ____ : _____

2 Kohonnut riski rakennepoikkeavuuksiin, perustuu 21 seulonnan tuloksiin 22 sukutietoihin

3 Muu aihe 31 poikkeava raskauden kulku 32 perinnöllisen taudin riski 33 muu aihe

Liite

TUTKIMUSTULOKSET, JOIHIN SIKIÖN DIAGNOOSI PERUSTUU

12 Geneettiset tutkimukset näytteenottopäivämäärä

1 Trisomia-PCR -tutkimus (täsmällinen tulos) _____

2 Molekyyliryökaryotyyppitutkimus (täsmällinen tulos) _____

3 Muut geneettiset tutkimukset (kaikki tutkimukset ja täsmälliset tulokset) _____

Liite

13 Sikiön kuvantaminen Liite

14 Muut tutkimukset Liite

SIKIÖN POIKKEAVUUDET JA NIIDEN MERKITYS

15 Sikiön poikkeavuuksien kuvaus sekä niiden merkitys sikiön / odotettavan lapsen terveydelle Liite

1 Sikiön poikkeavuus on todettu luotettavalla tutkimustavalla

2 Sikiön tai odotettavan lapsen poikkeavuutta epäillään tai siihen on suurentunut riski

3 Kyseessä on laissa (239/1970) tarkoitettu sikiön tai odotettavan lapsen vaikea sairaus tai ruumiinvika

KESKEYTTÄMISEN HAKUPERUSTE

16 Sikiön/odotettavan lapsen diagnoosit (Sanallisina ja ICD-10-koodeina, ilman pistettä) ICD-10-koodit Liite

LÄÄKÄRIN ALLEKIRJOITUS

17 Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta

Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus		
Ammattinimike	Toimintayksikkö	Lääkärin erikoisala	Nimenselvennys	Yksilöintitunnus

16 Perustelut sille, miksi asianomaisen katsotaan olevan pysyvästi kykenemätön ymmärtämään steriloinen merkityksen tai miksi hänen katsotaan sairautensa (esim. kehitysvammaisuudesta) huolimatta kykenevän itse pyytämään sterilioimista. (Täytetään myös kohta 10)	
<input type="checkbox"/> Liite	
17 Hakijan raskaustilanne (Täytetään vain, kun nainen hakijana)	
<input type="checkbox"/> 1 hakija ei ole raskaana (siirry kohtaan 20)	
<input type="checkbox"/> 2 hakija on raskaana (täytetään myös kohdat 18 ja 19)	
<input type="checkbox"/> 21 hakija aikoo synnyttää lapsen <input type="checkbox"/> 22 hakija hakee lupaa raskauden keskeyttämiseen	
<input type="checkbox"/> Liite	
18 Raskauden kesto (Paras arvio kehosta arviointipäivämääränä) (Täytetään vain, kun hakija raskaana) viikot päivät päivämäärä, jona arvio tehty _____ + _____	19 Hakijan raskauden keston arvio perustuu (Täytetään vain, kun hakija raskaana)
	<input type="checkbox"/> 1 kuukautiset <input type="checkbox"/> 3 ultraäänitutkimus <input type="checkbox"/> 2 alkionsiirto/inseminaatio

HAKIJAN ANTAMAT TIEDOT

20 Tiedot, joiden hakija katsoo vaikuttavan sterilioimista koskevan asian ratkaisuun (Vapaamuotoinen lisäselvitys tarvittaessa liitteellä)
<input type="checkbox"/> Liite

HAKEMUKSEN PERUSTE. DIAGNOOSIT

21 Laissa (283/1970) säädetyt perusteet, joiden nojalla hakija hakee lupaa sterilioimiseen (Useampia kohtia voi tarvittaessa valita)	
<input type="checkbox"/> 1 Hakija on synnyttänyt kolme (≥ 3) lasta (L 1 § 1 kohta)	tieto saatu: <input type="checkbox"/> A potilas-asiakirjat <input type="checkbox"/> B Digi- ja väestötietovirasto <input type="checkbox"/> C hakija itse <input type="checkbox"/> D muu
<input type="checkbox"/> 2 Hakijalla on yksin tai puolisonsa (avioliitto tai rekisteröity parisuhde) kanssa kolme (≥ 3) alaikäistä lasta (L 1 § 1 kohta)	tieto saatu: <input type="checkbox"/> A potilas-asiakirjat <input type="checkbox"/> B Digi- ja väestötietovirasto <input type="checkbox"/> C hakija itse <input type="checkbox"/> D muu
<input type="checkbox"/> 3 Hakija on täyttänyt 30 vuotta (≥ 30 v) (L 1 § 2 kohta)	
<input type="checkbox"/> 4 Raskaus vaarantaisi hakijan hengen tai terveyden (L 1 § 3 kohta) *	<input type="checkbox"/> 41 lääkärin lausunto tai kopio potilasasiakirjoista
<input type="checkbox"/> 5 Ehkäisyvaikeudet (L 1 § 4 kohta)	
<input type="checkbox"/> 6 Hakijan jälkeläisellä olisi tai hänelle kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika (L 1 § 5 kohta)*	<input type="checkbox"/> 61 lääkärin lausunto tai kopio potilasasiakirjoista
<input type="checkbox"/> 7 Hakijan sairaus tai muu siihen verrattava syy vakavasti rajoittaa hänen kykyään hoitaa lapsia (L 1 § 6 kohta)*	<input type="checkbox"/> 71 lääkärin lausunto tai kopio potilasasiakirjoista
22 * Diagnoosit (Sanallisina ja ICD-10-koodeina, ilman pistettä)	ICD-10-koodit <input type="checkbox"/> Liite
<input type="checkbox"/> 4 henkilön diagnoosit (raskaus vaarantaisi hengen tai terveyden 1 § 3 kohta ja/tai L 6 §)	_____
<input type="checkbox"/> 6 jälkeläisen diagnoosit (L 1 § 5 kohta)	_____
<input type="checkbox"/> 7 henkilön diagnoosit (sairaus tai muu syy vakavasti rajoittaa kykyä hoitaa lapsia L1 § 6 kohta)	_____

HAKIJAN ALLEKIRJOITUS

23 Pyydän omasta vapaasta tahdostani, että minut saataisiin steriloida. Jos sterilioimistani koskevaa asiaa käsitellään toisessa terveydenhuollon yksikössä, annan luvan luovuttaa tietoja tätä sterilioimisasiaa käsitteleville terveydenhuollon ammattihenkilöille ja toimintayksiköille. Jos sterilioimistani koskevaa asiaa käsitellään Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastossa, olen tietoinen, että tietojani voidaan luovuttaa virastolle sterilioimista koskevan hakemukseni ratkaisemiseksi. Samalla vakuutan, että olen lääkäritä saanut selvityksen sterilioimisen merkityksestä ja vaikutuksista sekä muista mahdollisuuksista estää raskaus. Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.		
Paikka	Päivämäärä	Hakijan omakätinen allekirjoitus
<input type="checkbox"/> E2 Edunvalvoja hakijana	<input type="checkbox"/> E3 Edunvalvojan vapaamuotoinen hakemus	Nimenselvitys

PÄÄTÖS JA SEN PERUSTELUT (Lähetettävä lääkäri tai muu lääkäri täyttää)**24 Olen antanut hakijalle selvityksen steriloinnista ja vaikutuksista sekä muista mahdollisuuksista ehkäistä raskaus.** 1 kyllä**25 Olen antanut hakijalle ja hänen puolisolleen heidän yhdessä saapuvilla ollessa selvityksen, kumman sterilointi on tarkoituksenmukaisempaa.** 1 kyllä 2 ei

Hakijan puolison nimi: _____

26 Syy, miksi hakijan puoliso ei osallistunut neuvontaan (Hakijan puolison kirjallinen lausunto asiasta tarvittaessa liitteenä) Liite**27 Lain (283/1970) mukaiset edellytykset hakijan sterilointiin** (Täytetään aina. Täytetään tarvittaessa myös kohta 28) 1 ovat olemassa hakijan esittämällä perusteilla. 2 eivät ole olemassa hakijan esittämällä perusteilla.**Perustelut** (Täytetään aina, jos lääkäri ei puolla hakijan sterilointia. Tarvittaessa myös myönteiset perustelut voi esittää): Liite**28 Sterilointilupahakemus ohjataan hakijan niin halutessa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon (Valvira), koska** 1 perusteena on hakijan jälkeläisen riski vaikeaan sairauteen tai ruumiinvikaan (L 1 § 5 kohta) 2 perusteena on hakijan sairaus tai muu siihen verrattava syy, joka vakavasti rajoittaa kykyä hoitaa lapsia (L 1 § 6 kohta) 3 henkilö on sairautensa vuoksi pysyvästi kykenemätön ymmärtämään steriloinnin merkityksen (L 2 § 1 mom.) 4 lain mukaisia edellytyksiä hakijan sterilointiin ei ole (L 4 § 3 mom.)**29 Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta**

Paikka

Päivämäärä

Allekirjoitus

Ammattinimike

Toimintayksikkö

Nimenselvitys

Yksilöintitunnus

Tämä päätös on voimassa yhden (1) vuoden ajan allekirjoituksen päivästä alkaen.**PÄÄTÖS JA SEN PERUSTELUT (Steriloinnin suorittava lääkäri täyttää)****30 Täytetään ainoastaan yhden (1) lääkärin päätettävissä asioissa (L 1 § 1 tai 2 kohdat). Lain (283/1970) mukaiset edellytykset hakijan sterilointiin** (Täytetään tarvittaessa myös kohta 32) 1 ovat olemassa hakijan esittämällä perusteilla. 2 eivät ole olemassa hakijan esittämällä perusteilla.**Perustelut** (Täytetään aina, jos lääkäri ei puolla hakijan sterilointia. Tarvittaessa myös myönteiset perustelut voi esittää): Liite**31 Täytetään ainoastaan kahden (2) lääkärin päätettävissä asioissa (L 1 § 3 ja 4 kohdat).** (Täytetään tarvittaessa myös kohta 32) 1 Yhdy edellä olevaan hakijan sterilointia puoltavaan lääkärintalouteen. 2 En yhdy edellä olevaan lääkärintalouteen.**Perustelut** (Täytetään aina, jos lääkäri ei puolla hakijan sterilointia. Tarvittaessa myös myönteiset perustelut voi esittää): Liite**32 Sterilointilupahakemus ohjataan hakijan niin halutessa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon (Valvira), koska** 1 lain mukaisia edellytyksiä hakijan sterilointiin ei ole (L 4 § 3 mom.)**33 Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta**

Paikka

Päivämäärä

Allekirjoitus

Ammattinimike

Toimintayksikkö

Nimenselvitys

Yksilöintitunnus

ILMOITUS

- raskauden keskeyttämisestä
 samanaikaisesta raskauden keskeyttämisestä ja steriloisimisesta

HENKILÖTIEDOT (kohdat 1-4)

1 Henkilötunnus	2 Siviiliasäät					
	<input type="checkbox"/> naimaton	<input type="checkbox"/> avioliitossa	<input type="checkbox"/> leski	<input type="checkbox"/> rekisteröity parisuhde		
		<input type="checkbox"/> avioliitossa	<input type="checkbox"/> asumuserossa	<input type="checkbox"/> eronnut	<input type="checkbox"/> ei tietoa	
3 Kotikunta numero _____ nimi _____ ja/tai _____			4 Asuu parisuhteessa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> ei tietoa			

AIEMMAT RASKAUDET (kohdat 5-6)

5 Aiempien raskauksien lukumäärä
synnytykset _____ elävänä syntyneet _____ kuolleena syntyneet _____ lapsia elossa _____ keskenmenot _____ raskauden keskeyttämiset _____
 ei tietoa

6 Viimeisin (kohdassa 5 mainituista) **aiemmista raskauksista päättynyt**
vuonna _____ synnytykseen keskenmenoon raskauden keskeyttämiseen ei tietoa

RASKAUDEN KESKEYTTÄMINEN (kohdat 7-19)

7 Tämän raskauden alkaessa käytetty ehkäisymenetelmä (Useita vaihtoehtoja voi valita)

Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiinivalmisteet	Muu	
<input type="checkbox"/> yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> progestiinitabletit	<input type="checkbox"/> muu kohdunsisäinen ehkäisin	<input type="checkbox"/> muu, mikä _____
<input type="checkbox"/> emätinrenas	<input type="checkbox"/> progestiinikapselit	<input type="checkbox"/> kondomi	<input type="checkbox"/> suunniteltu raskaus
<input type="checkbox"/> laastari	<input type="checkbox"/> progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> sterilointi (raskaana olevan)	<input type="checkbox"/> jälkiehkäisy
	<input type="checkbox"/> kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> sterilointi (puoliso)	<input type="checkbox"/> ei mitään ehkäisyä
			<input type="checkbox"/> ei tietoa

8 Raskauden keskeyttämisen jälkeen käytettäväksi suunniteltu ehkäisy (Useita vaihtoehtoja voi valita)

Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiinivalmisteet	Muu	
<input type="checkbox"/> yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> progestiinitabletit	<input type="checkbox"/> muu kohdunsisäinen ehkäisin	<input type="checkbox"/> raskaus suunnitteilla
<input type="checkbox"/> emätinrenas	<input type="checkbox"/> progestiinikapselit	<input type="checkbox"/> kondomi	<input type="checkbox"/> ei tarvetta ehkäisyyn
<input type="checkbox"/> laastari	<input type="checkbox"/> progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> sterilointi (raskaana olevan)	<input type="checkbox"/> ei mitään ehkäisyä
	<input type="checkbox"/> kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> sterilointi (puoliso)	<input type="checkbox"/> ei suunniteltua ehkäisyä
		<input type="checkbox"/> muu, mikä _____	<input type="checkbox"/> ei tietoa

9 Tiedot epäonnistuneesta raskauden keskeyttämisestä tai osakeskeyttämisestä aiemmin tässä raskaudessa
(Täytetään tarvittaessa)

<input type="checkbox"/> lääkkeellinen keskeytys	<input type="checkbox"/> imukaavinta	<input type="checkbox"/> osakeskeyttäminen
Epäonnistuneen toimenpiteen päivämäärä _____	Raskauden kesto (keskeyttämisen toimenpidepäivänä): viikot _____ + päivät _____	Toimintayksikön numero, jossa epäonnistunut keskeyttäminen suoritettiin _____ ja/tai _____
		Toimintayksikön nimi, jossa epäonnistunut keskeyttäminen suoritettiin _____

10 Raskauden keskeyttämistä koskevan päätöksen tekijä
(Täytetään vain, jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk tai kyse on hätäkeskeyttämisestä)

<input type="checkbox"/> Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)	Valviran päätöksen päivämäärä _____	Valviran diaarinumero _____
<input type="checkbox"/> kaksi (2) lääkäriä	<input type="checkbox"/> hätäkeskeyttäminen (L 9 S)* (peruste kohtaan 11:1 ja diagnoosit 12:1)	

11 Peruste hakeutua raskauden keskeytykseen (Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970) (Kohdat 1-9 vain jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk, tarvittaessa voi valita useampia vaihtoehtoja.)		
<input type="checkbox"/> 0 Raskauden kesto 12+0 rvk tai alle (L 1 § 1 mom.)		
<input type="checkbox"/> 1 Sairaudesta, ruumiinvasta tai heikkoudesta raskaana olevan hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 2 mom.)*		
<input type="checkbox"/> 2 Elämänoista tai muista olosuhteista aiheutuva huomattava rasitus (L 1 § 3 mom. 1 kohta)		
<input type="checkbox"/> 3 Seksuaalirikos (L 1 § 3 mom. 3 kohta)		
<input type="checkbox"/> 4 Alle 17-vuotias (< 17 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 6 kohta)		
<input type="checkbox"/> 5 40 vuotta täyttänyt (≥ 40 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 5 kohta)		
<input type="checkbox"/> 6 Synnyttänyt neljä (≥ 4) lasta (L 1 § 3 mom. 5 kohta)		
<input type="checkbox"/> 7 Sikiön/lapsen vaikean sairauden, kehitysvammaisuuden tai rakennepoikkeavuuden riski (L 1 § 3 mom. 4 kohta)*		
<input type="checkbox"/> 8 Todettu sikiön vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus (L 5a §)*		
<input type="checkbox"/> 9 Jommankumman vanhemman sairaus tai muu näihin verrattava lapsen hoitoa vakavasti rajoittava syy (L 1 § 3 mom. 2 kohta)*		
12* Diagnoosit (Sanallisina ja ICD-10-koodeina, ilman pistettä)		ICD-10-koodit
<input type="checkbox"/> 1 raskaana olevan diagnoosit (L 1 § 2 mom.) _____		_____
<input type="checkbox"/> 7/8 sikiön/odotettavan lapsen diagnoosit (L 1 § 3 mom. 4 kohta tai L 5a §) _____		_____
<input type="checkbox"/> 9 vanhemman diagnoosit (L 1 § 3 mom. 2 kohta) _____		_____
13 Keskeyttämispäivä (Lääkkeellisessä raskauden keskeyttämisessä lääkityksen aloittamispäivä)	14 Raskauden kesto (Paras arvio)	15 Raskauden keston arvio perustuu
_____	viikot päivät _____ + _____ (keskeyttämis- päivä)	<input type="checkbox"/> 3 ultraäänitutkimus
		<input type="checkbox"/> 2 alkionsiirto/inseminaatio
16 Toimintayksikkö, jossa keskeyttäminen suoritettiin numero nimi _____ ja/tai _____	17 Raskauden keskeyttämistoimenpide	
	<input type="checkbox"/> 1 polikliininen <input type="checkbox"/> 2 päiväkirurginen <input type="checkbox"/> 3 vaatinut vuodeosastohoitoa	
18 Raskauden keskeyttäminen: toimenpiteet ja muut käytännöt (Tarvittaessa voi valita useampia vaihtoehtoja)		
<input type="checkbox"/> 1 Imukaavinta		
<input type="checkbox"/> 2 Imukaavinta	esipehennys <input type="checkbox"/> 21 prostaglandiinilla	<input type="checkbox"/> 22 muulla _____ Prostaglandiini annettu
<input type="checkbox"/> 3 1. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys antiprogestiinilla ja prostaglandiinilla	<input type="checkbox"/> 31 sairaalassa <input type="checkbox"/> 32 kotona	
<input type="checkbox"/> 4 2. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys	<input type="checkbox"/> 41 antiprogestiinilla ja prostaglandiinilla	<input type="checkbox"/> 42 prostaglandiinilla
<input type="checkbox"/> 5 Pieni keisarileikkaus		
<input type="checkbox"/> 6 Monisikiöisen raskauden osakeskeyttäminen	_____ elävien sikiöiden lukumäärä ennen osakeskeyttämistä	_____ elävien sikiöiden lukumäärä osakeskeyttämisen jälkeen
Osakeskeyttämisen syynä	<input type="checkbox"/> 61 sikiöllä todettu vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus tai niiden riski	<input type="checkbox"/> 62 samannumaiset kaksoiset (sikiöitä ≥ 3)
		<input type="checkbox"/> 63 sikiöiden lukumäärän vähentäminen
<input type="checkbox"/> 7 Muu, mikä _____		
19 Komplikaatiot (Jotka tulleet tietoon yhden (1) kuukauden sisällä tämän raskauden keskeyttämistoimenpiteen jälkeen. Useita vaihtoehtoja voi valita)		
<input type="checkbox"/> 0 ei komplikaatioita	<input type="checkbox"/> 8 muu komplikaatio, mikä (ICD-10-koodit, ilman pistettä)	_____
<input type="checkbox"/> 1 verenvuoto, joka ei vaatinut verensiirtoa	komplikaatio	ICD-10-koodit
<input type="checkbox"/> 2 verenvuoto, joka vaati verensiirron	_____	_____
<input type="checkbox"/> 3 kohdunsuun repeämä, joka vaati toimenpiteen	_____	_____
<input type="checkbox"/> 4 kohdun puhkeaminen, joka vaati toimenpiteen	<input type="checkbox"/> 9 ei tietoa	
<input type="checkbox"/> 5 istukan jäänteiden jääminen kohtuun keskeyttämistoimenpiteen jälkeen		
<input type="checkbox"/> 6 munapussin ja elottoman sikiön jääminen kohtuun keskeyttämistoimenpiteen jälkeen		
<input type="checkbox"/> 7 sisäsynnytintulehdus		

Postiosoite: THL / Raskaudenkeskeyttämis- ja sterilisointirekisteri, PL 30, 00271 Helsinki. **Puhelin:** 020 524 6000

ILMOITUS

- 2 steriloimisesta
 3 samanaikaisesta raskauden keskeyttämisestä ja steriloimisesta

HENKILÖTIEDOT (kohdat 1-4)

1 Henkilötunnus	2 Siviilisäät					
	<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 3 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 5 leski	<input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde		
		<input type="checkbox"/> 2 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 4 asumuserossa	<input type="checkbox"/> 6 eronnut	<input type="checkbox"/> 9 ei tietoa	
3 Kotikunta numero _____ nimi _____ ja/tai _____				4 Asuu parisuhteessa <input type="checkbox"/> 1 kyllä <input type="checkbox"/> 2 ei <input type="checkbox"/> 9 ei tietoa		

AIEMMAT RASKAUDET (kohdat 5-6)

5 Aiempien raskauksien lukumäärä (Täytetään vain, kun kyse naisen steriloimisesta)
synnytykset _____ elävänä syntyneet _____ kuolleena syntyneet _____ lapsia elossa _____ keskenmenot _____ raskauden keskeyttämiset _____
 9 ei tietoa

6 Viimeisin (kohdassa 5 mainituista) **aiemmista raskauksista päättynyt** (Täytetään vain, kun kyse naisen steriloimisesta)
vuonna _____ 1 synnytykseen 2 keskenmenoon 3 raskauden keskeyttämiseen 9 ei tietoa

STERILOIMINEN (kohdat 20-30)

20 Ennen steriloimistoimenpidettä käytetty ehkäisymenetelmä (Useita vaihtoehtoja voi valita)

Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiini- ja progesteronivalmisteet	Muu
<input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit	<input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin
<input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas	<input type="checkbox"/> 5 progestiini-kapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi
<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 sterilointimenetelmä (steriloimiseen hakeutuva)
	<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 sterilointimenetelmä (puolisolo)
		<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

21 Aiempi sterilointimenetelmä (Täytetään vain tarvittaessa)
tehty vuonna _____ 1 epäonnistunut 2 purettu vuonna _____

22 Steriloimista koskevan päätöksen tekijä

	Valviran päätöksen päivämäärä	Valviran diaarinumero
<input type="checkbox"/> 1 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2 kaksi (2) lääkäriä	<input type="checkbox"/> 3 yksi (1) lääkäri	<input type="checkbox"/> 5 sterilointimenetelmä (L 6 §) hätäkeskeyttämisen yhteydessä * (diagnoosit kohtaan 24 : 4)

23 Steriloimisen peruste (Laki steriloimisesta, 283/1970. Tarvittaessa useampia vaihtoehtoja voi valita):

1 Henkilö on synnyttänyt kolme (≥ 3) lasta (L 1 § 1 kohta)
 2 Henkilöllä on yksin tai puolisonsa (avioliitto tai rekisteröity parisuhde) kanssa kolme (≥ 3) alaikäistä lasta (L 1 § 1 kohta)
 3 Henkilö on täyttänyt 30 vuotta (≥ 30 v) (L 1 § 2 kohta)
 4 Raskaus vaarantaisi henkilön hengen ja terveyden (L 1 § 3 kohta) *
 5 Ehkäisyvaikeudet (L 1 § 4 kohta)
 6 Henkilön jälkeläisellä olisi tai hänelle kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika (L 1 § 5 kohta) *
 7 Henkilön sairaus tai muu siihen verrattava syy vakavasti rajoittaa hänen kykyään hoitaa lapsia (L 1 § 6 kohta) *

24 * Diagnoosit (Sanallisina ja ICD-10-koodeina, ilman pistettä)		ICD-10-koodit
<input type="checkbox"/> 4	henkilön diagnoosit (raskaus vaarantaisi hengen tai terveyden 1 § 3 kohta ja/tai L 6 §)	_____
<input type="checkbox"/> 6	jälkeläisen diagnoosit (L 1 § 5 kohta)	_____
<input type="checkbox"/> 7	henkilön diagnoosit (sairaus tai muu syy vakavasti rajoittaa kykyä hoitaa lapsia L1 § 6 kohta)	_____
25 Steriloimisen toimenpidepäivä		26 Steriloiminen tehtiin (Saman hoitajakson aikana)
_____		<input type="checkbox"/> 1 pelkästään steriloiminen
		<input type="checkbox"/> 2 raskauden keskeyttämisen yhteydessä (vain raskauden keskeyttäneen kohdalla)
		<input type="checkbox"/> 3 synnytyksen yhteydessä (vain synnyttäneen kohdalla)
27 Steriloimisen toimenpidesairaala tai -yksikkö		28 Steriloimistoimenpide
numero _____	nimi _____	<input type="checkbox"/> 1 polikliininen
_____ ja/tai _____		<input type="checkbox"/> 2 päiväkirurginen
		<input type="checkbox"/> 3 vaatinut vuodeosastohoitoa
29 Steriloiminen: tehdyt toimenpiteet		
Naiselle tehdyt toimenpiteet		Miehelle tehdyt toimenpiteet
<input type="checkbox"/> 1	Steriloiminen vatsaontelon tähytyksessä	<input type="checkbox"/> 5 Siemenjohtimien katkaisu
<input type="checkbox"/> 2	Steriloiminen kohdun tähytyksessä	<input type="checkbox"/> 6 Muu, mikä _____
<input type="checkbox"/> 3	Steriloiminen laparotomiateitse	
<input type="checkbox"/> 4	Muu, mikä _____	
30 Komplikaatiot (Vain steriloimiseen liittyvät komplikaatiot, jotka tulleet tietoon yhden (1) kuukauden sisällä tämän steriloimistoimenpiteen jälkeen. Useita vaihtoehtoja voi valita)		
<input type="checkbox"/> 0	ei komplikaatioita	komplikaatio ICD-10-koodit
<input type="checkbox"/> 1	komplikaatio, joka vaatinut toimenpiteen, mikä (koodi ilman pistettä)	_____
<input type="checkbox"/> 2	muu komplikaatio, mikä (koodi ilman pistettä)	_____
<input type="checkbox"/> 3	ei tietoa	

Postiosoite: THL / Raskaudenkeskeyttämis- ja steriloimisrekisteri, PL 30, 00271 Helsinki. **Puhelin:** 020 524 6000