

FINLANDS FÖRFATTNINGSSAMLING

Utgiven i Helsingfors den 3 april 2023

624/2023

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om ändring av social- och hälsovårdsministeriets förordning om blanketter för avbrytande av graviditet och sterilisering

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets beslut *upphävs* i social- och hälsovårdsministeriets förordning om blanketter för avbrytande av graviditet och sterilisering (1063/2008) 4 § och *ändras* 1 och 3 § samt bilagorna 1–6 som följer:

1 §

Tillämpningsområde

I denna förordning föreskrivs det om ansökan och beslut om avbrytande av graviditet och om sterilisering samt om blanketter för att anmäla dessa åtgärder.

I denna förordning föreskrivs det även om en blankett som används för utredning av anamnesen och verifiering av att de lagliga förutsättningarna för avbrytande av graviditet föreligger, när graviditeten har varat högst till utgången av den tolfte graviditetsveckan.

3 §

Blanketternas syfte

I frågor som gäller avbrytande av graviditet och sterilisering ska de blanketter som anges i bilagorna användas enligt följande:

1) anteckningar som hänför sig till utredning av anamnesen och verifiering av att de lagliga förutsättningarna för avbrytande av graviditet föreligger, ansökan om avbrytande av graviditet, läkarens utlåtande om kvinnans hälsotillstånd samt det utlåtande och det beslut som avses i 5 § 2 mom. och 6 § 1 mom. i lagen om avbrytande av havandeskap (239/1970) ska göras på den blankett som avses i bilaga 1 (AB 1 Avbrytande av graviditet),

2) utredning om den sökandes och dennas familjs levnadsförhållanden och övriga omständigheter ska lämnas på den blankett som avses i bilaga 2 (AB 2 Utredning om den gravidas och dennas familjs levnadsförhållanden och övriga omständigheter),

3) läkarens utlåtande om fostrets hälsotillstånd ska lämnas på den blankett som avses i bilaga 3 (AB 3 Avbrytande av graviditet på fosterindikation),

4) ansökan om sterilisering, läkarens utlåtande samt det utlåtande och det beslut som avses i 4 § 1 mom. 1 och 2 punkten i steriliseringslagen (283/1970) ska göras på den blankett som avses i bilaga 4 (ST 1 Sterilisering),

5) anmälan om avbrytande av graviditet till Institutet för hälsa och välfärd ska göras på den blankett som avses i bilaga 5 (AB 4 Anmälan om avbrytande av graviditet), och

6) anmälan om sterilisering till Institutet för hälsa och välfärd ska göras på den blankett som avses i bilaga 6 (ST 2 Anmälan om sterilisering).

624/2023

Blanketterna AB 2 och AB 3 är bilagor till blankett AB 1.

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2023.

Helsingfors den 30 mars 2023

Familje- och omsorgsminister Krista Kiuru

Regeringsråd Merituuli Mähkä



AB 1

AVBRYTANDE AV HAVANDESKAP

Denna blankett används inom hälso- och sjukvården för utredning av anamnesen och verifiering av att de lagliga förutsättningarna för avbrytande av havandeskap föreligger samt för läkarutlåtande, ansökan och beslut som hänför sig till avbrytande av havandeskap.

Blanketten utgör vid behov även remiss till den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården där avbrytandet av havandeskapet i fråga ska genomföras.

Förutom att anteckna uppgifterna i blanketten ska de uppgifter som behövs för att genomföra behandlingen antecknas i övriga journalhandlingar.

PERSONUPPGIFTER FÖR DEN SOM SÖKER BEHANDLING FÖR AVBRYTANDE AV HAVANDESKAP

1 Efternamn (Även tidigare. Det nuvarande efternamnet med stora bokstäver)		2 Förnamn (Tilltalsnamnet med stora bokstäver)	
3 Personbeteckning		4 Adress	
		5 Telefonnummer (Under tjänstetid)	
6 Civilstånd		7 Hemkommun	
<input type="checkbox"/> 1 ogift <input type="checkbox"/> 3 samboförhållande <input type="checkbox"/> 5 änka <input type="checkbox"/> 7 registrerat partnerskap <input type="checkbox"/> 2 gift <input type="checkbox"/> 4 hemskild <input type="checkbox"/> 6 fränskild <input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter		och/eller Hemkommunens nummer	

ANDRA UPPGIFTER OM DEN SOM SÖKER BEHANDLING FÖR AVBRYTANDE AV HAVANDESKAP

8 Bor med sin partner	9 Fastställande av identitet	10 Är den gravida p.g.a. en psykisk sjukdom, någon annan psykisk störning eller intellektuell funktionsnedsättning oförmögen att framföra en giltig begäran om avbrytande av havandeskap?
<input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nej	<input type="checkbox"/> 1 personen känd <input type="checkbox"/> 2 har fastställts med identitetsbevis <input type="checkbox"/> 3 har inte fastställts	<input type="checkbox"/> 2 nej <input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> E1 utredning om intressebevakning <input type="checkbox"/> om ja, läkarens motivering till bedömningen som bilaga

ANAMNES

11 Antal tidigare havandeskap					
förlossningar	levande födda	dödfödda	barn vid liv	missfall	avbrytanden av havandeskap
_____	_____	_____	_____	_____	_____
12 Utgång av senaste tidigare havandeskap (som anges under punkt 11)					
år _____	<input type="checkbox"/> 1 förlossning	<input type="checkbox"/> 2 missfall	<input type="checkbox"/> 3 avbrytande av havandeskap		
13 Preventivmetod som användes när det aktuella havandeskapet började (Flera alternativ kan kryssas för)					
Hormonella kombinationspreparat		Progestinpreparat	Annan		
<input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter	<input type="checkbox"/> 4 progestintabletter	<input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel	<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____		
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<input type="checkbox"/> 9 kondom	<input type="checkbox"/> 13 planerad graviditet		
<input type="checkbox"/> 3 plåster	<input type="checkbox"/> 6 progestininjektion	<input type="checkbox"/> 10 sterilisering (den gravida)	<input type="checkbox"/> 15 akutprevention		
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention		
14 Planerad preventivmetod efter avbrytandet av det aktuella havandeskapet (Flera alternativ kan kryssas för)					
Hormonella kombinationspreparat		Progestinpreparat	Annan		
<input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter	<input type="checkbox"/> 4 progestintabletter	<input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel	<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____		
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<input type="checkbox"/> 9 kondom	<input type="checkbox"/> 14 graviditet planeras		
<input type="checkbox"/> 3 plåster	<input type="checkbox"/> 6 progestininjektion	<input type="checkbox"/> 10 sterilisering (den gravida)	<input type="checkbox"/> 16 prevention behövs inte		
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention		
15 Första dagen av senaste menstruation eller datum för införande av embryo/insemination i fråga om det aktuella havandeskapet					
datum _____	<input type="checkbox"/> 1 första dagen av senaste menstruation	<input type="checkbox"/> 2 datum för införande av embryo/insemination			

16 Uppgifter om misslyckat avbrytande av havandeskap tidigare under det aktuella havandeskapet (Levande foster lämnat kvar i livmodern) (Ifylls vid behov)			
<input type="checkbox"/> 1 medicinsk abort	<input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration	Numret för den verksamhetsenhet där den misslyckade åtgärden genomfördes	Namnet på den verksamhetsenhet där den misslyckade åtgärden genomfördes
Datum för den misslyckade åtgärden	Havandeskapets längd (på ingreppsdagen): veckor _____ + dagar _____	_____ och/eller _____	_____

UNDERSÖKNINGSRESULTAT

17 Havandeskapets längd (Bästa uppskattning vid tidpunkten för bedömning) veckor _____ dagar _____ datum för när bedömningen gjordes _____ + _____	18 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på <input type="checkbox"/> 1 menstruationsanarnes <input type="checkbox"/> 3 ultraljudsundersökning <input type="checkbox"/> 2 införande av embryo/insemination
19 Antal foster vid flerbördsgraviditet ____ Antal levande foster som konstaterats vid läkarundersökning vid flerbördsgraviditet ____ Antal foster som ska aborteras vid flerbördsgraviditet där fosterreduktion planeras	
20 Fynd av betydelse med avseende på avbrytande av havandeskapet, somatisk, psykisk och social status och exponeringar under havandeskapet (Obligatoriskt endast om havandeskapet varat längre än 12+0 gv) (Vid behov används bilaga för tilläggsuppgifter. Uppgifter om avvikelser hos fostret på blankett AB 3) Undersökningsdatum _____	
<input type="checkbox"/> AB 3 <input type="checkbox"/> Bilaga	

UPPGIFTER SOM LÄMNATS AV SÖKANDEN

21 Uppgifter som enligt sökanden påverkar avgörandet av ärendet om avbrytande av havandeskapet (Ifylls endast om havandeskapet varat längre än 12+0 gv) (Vid behov fritt formulerad tilläggsutredning som bilaga)
<input type="checkbox"/> AB 2 <input type="checkbox"/> Bilaga

GRUNDER FÖR ATT AVBRYTANDE AV HAVANDESKAPET BEGÄRS

22 Grunder för att avbrytande av havandeskapet begärs (Lagen om avbrytande av havandeskap 239/1970) (Punkterna 1–9 endast om graviditeten varat längre än 12+0 gv. Vid behov kan flera alternativ kryssas för.)			
<input type="checkbox"/> 0 Havandeskapets längd 12+0 gv eller mindre (L 1 § 1 mom.)	<input type="checkbox"/> 11 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar		
<input type="checkbox"/> 1 Sjukdom, kroppsskada eller svaghet medför fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.)*	<input type="checkbox"/> 21 blankett AB 2 fogas alltid som bilaga		
<input type="checkbox"/> 2 Levnadsförhållandena och övriga omständigheter orsakar avsevärd belastning (L 1 § 3 mom. 1 punkten)	<input type="checkbox"/> 31 eventuell brottsanmälan bifogas		
<input type="checkbox"/> 3 Sexualbrott (L 1 § 3 mom. 3 punkten)			
<input type="checkbox"/> 4 Under 17-åring (< 17 år) vid tidpunkten när havandeskapet inleddes (L 1 § 3 mom. 6 punkten)			
<input type="checkbox"/> 5 Hade fyllt 40 år (≥ 40 år) vid tidpunkten när havandeskapet inleddes (L 1 § 3 mom. 5 punkten)			
<input type="checkbox"/> 6 Har fött fyra (≥ 4) barn (L 1 § 3 mom. 5 punkten)	<input type="checkbox"/> A journalhandlingar	<input type="checkbox"/> B Mynd. för digitalisering o. befolkningsdata	<input type="checkbox"/> C sökanden själv <input type="checkbox"/> D annan
<input type="checkbox"/> 7 Risk för svår sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning eller anatomisk avvikelse hos fostret/barnet (L 1 § 3 mom. 4 punkten)*	<input type="checkbox"/> 71 blankett AB 3 fogas alltid som bilaga		
<input type="checkbox"/> 8 Konstaterad svår sjukdom eller anatomisk avvikelse hos fostret (L 5 a §)*	<input type="checkbox"/> 81 blankett AB 3 fogas alltid som bilaga		
<input type="checkbox"/> 9 En sjukdom hos någondera av barnets föräldrar eller en annan därmed jämförbar orsak begränsar allvarligt skötseln av barnet (L 1 § 3 mom. 2 punkten)*	<input type="checkbox"/> 91 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar		
23 *Diagnoser (Verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt)		ICD-10-koder	<input type="checkbox"/> Bilaga
<input type="checkbox"/> 1 den gravidas diagnoser (L 1 § 2 mom.)	_____		
<input type="checkbox"/> 7/8 fostrets/det väntade barnets diagnoser (L 1 § 3 mom. 4 punkten eller L 5 a §)	_____		
<input type="checkbox"/> 9 föräldrarnas diagnoser (L 1 § 3 mom. 2 punkten)	_____		

24 Motivering till varför avbrytandet av havandeskapet fördröjts (L 1 § 4 mom.) (Ifylls endast om havandeskapet varat över 12+0 gv; ifylls dock inte ens i detta fall, om sökanden var under 17 år (<17 år) när sökanden blev gravid eller om tillstånd för avbrytande av havandeskapet begärs på grund av s.k. hälsorisk (L 1 § 2 mom.) eller på fosterindikation under gv 20+1–24+0 (L 5 a §))

1 osäker menstruationsanamnes och därför sent konstaterande av havandeskapet 2 förändring i sökandens parrelation 3 svårt att fatta beslut

4 svårt att komma till en läkarmottagning 5 depression, trötthet, mentala problem 6 misslyckad abort tidigare under det aktuella havandeskapet

7 annan orsak, vilken _____

Ytterligare information _____

AB 2 AB 3 Bilaga

SÖKANDENS UNDERSKRIFT. (Den gravidas underskrift endast om havandeskapet varat längre än 12+0 gv. Intressebevakarens underskrift samt bilagor oberoende av havandeskapets längd)

25 Jag ansöker om tillstånd till att mitt havandeskap får avbrytas. Om ärendet som gäller avbrytande av mitt havandeskap handläggs av en annan enhet inom hälso- och sjukvården, ger jag tillstånd till att uppgifter får lämnas ut till de yrkesutbildade personer och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som handlägger ärendet. Om ärendet som gäller avbrytande av mitt havandeskap handläggs av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, är jag medveten om att mina uppgifter kan lämnas ut till verket i syfte att avgöra ärendet i fråga om min ansökan om avbrytande av havandeskap. Samtidigt försäkrar jag att jag har informerats om innebörden och följderna av avbrytande av havandeskap. Jag intygar att de uppgifter jag lämnat är korrekta.

Ort	Datum	Sökandens egenhändiga underskrift
<input type="checkbox"/> E2 En intressebevakare som sökande	<input type="checkbox"/> E3 Fritt formulerad ansökan av intressebevakaren	Namnförtydligande

IFYLLS AV LÄKARE MED BEHÖRIGHET ATT GE UTLÅTANDE, NÄR GRUNDEN ÄR FARA FÖR HÄLSAN (L 1 § 2 mom.)

26 Förutsättningar för avbrytande av sökandens havandeskap (Ifylls endast när grunden är fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.) och havandeskapet varat längre än 12+0 gv)

1 föreligger 2 föreligger inte

Motivering (Ifylls alltid om den läkare som är behörig att ge utlåtande inte förordar sökandens ansökan om avbrytande av havandeskap. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)

Bilaga

Sökanden vill att ansökan hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) för beviljande av tillstånd till avbrytande av havandeskapet (L 6 § 2 mom.)

1 ja 2 nej

IFYLLS AV LÄKARE SOM LÄMNAR UTLÅTANDE TILL TILLSTÅNDS- OCH TILLSYNSVERKET FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

27 Förutsättningar för avbrytande av sökandens havandeskap

1 föreligger och havandeskapet har varat över 12+0 gv men högst 20+0 gv (12+1–20+0 gv) (L 1 § 3 och 4 mom.)

2 föreligger, grunden är en konstaterad svår sjukdom eller kroppsskada hos fostret (20+1–24+0 gv) (L 5 a §)

3 det föreligger inga lagliga förutsättningar för avbrytande av havandeskapet (12+1–24+0 gv)

Motivering (Ifylls alltid om läkaren inte förordar avbrytande av sökandens havandeskap. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)

Bilaga

28 Adress till vilken beslutet från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ombeds bli sänt (Verksamhetsenhetens eller sökandens)

UTREDNING OM DEN GRAVIDAS OCH DENNAS FAMILJS LEVNADSFÖRHÅLLANDEN

Sökanden kan fylla i blanketten på förhand. Utredningen undertecknas av en socialarbetare, sjukskötare eller motsvarande yrkesutbildad person inom social- och hälsovården (helst någon annan än den läkare som lämnar utlåtande till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården). Utredningen görs, när avbrytande av havandeskap begärs på grund av att den gravidas eller dennas familjs levnadsförhållanden eller andra omständigheter orsakar avsevärd belastning (L 1 § 3 mom. 1 punkten) och graviditeten varat längre än 12+0 gestationsveckor. Utredning AB 2 bifogas alltid när tillstånd till avbrytande av havandeskapet begärs hos Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården på ovan nämnda grunder, dock inte om sökanden var under 17 år (<17 år) när havandeskapet inleddes.

SÖKANDENS PERSONUPPGIFTER

1 Efternamn (Även tidigare, det nuvarande efternamnet med stora bokstäver)		2 Förnamn (Tilltalsnamnet med stora bokstäver)		
3 Personbeteckning	4 Civilstånd			
	<input type="checkbox"/> 1 ogift	<input type="checkbox"/> 3 samboförhållande	<input type="checkbox"/> 5 änka	<input type="checkbox"/> 7 registrerat partnerskap
	<input type="checkbox"/> 2 gift	<input type="checkbox"/> 4 hemskild	<input type="checkbox"/> 6 fränskild	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter

SÖKANDENS REDOGÖRELSE

5 Sökandens egen redogörelse för orsakerna till ansökan om tillstånd till att avbryta havandeskapet (T.ex. parrelationen, familjsituationen, övriga människorelationer, planer inför framtiden, viljan och förutsättningarna hos sökanden och det väntade barnets far/sökandens make/maka att ta hand om och fostra barnet, ålder hos sökanden, det väntade barnets far/sökandens make/maka, dålig hälsa hos det väntade barnets far/sökandens make/maka eller annan familjemedlem, hur sökandens arbetsituation eller studier påverkas av en förlossning och vården av ett barn o.s.v.).

Sökanden bor med sin partner

1 ja 2 nej

Bilaga

SÖKANDENS ARBETSSITUATION

6 Yrke/arbete

Bilaga

7 Av vilken art är arbetet och i vilken mån är anställningsförhållandet varaktigt?

Bilaga

SÖKANDENS BOENDEFÖRHÅLLANDEN**8 Boendeförhållanden** Bilaga**SÖKANDENS EKONOMISKA SITUATION****9 Sökandens och familjens ekonomiska situation** (Inkomster, skulder, sociala förmåner och övriga faktorer som belyser den ekonomiska situationen) Bilaga**ÖVRIGA FAKTORER SOM ÄR AV BETYDELSE FÖR AVGÖRANDET AV ÄRENDET****10 Övriga faktorer som utredningsgivaren känner till och som är av betydelse för avgörandet av ärendet** Fadern till det väntade barnet har hörts Bilaga**UTREDNINGSGIVARENS BEDÖMNING**

11 Utredningsgivaren anser på grundval av uppgifterna i denna blankett att de förutsättningar för avbrytande av havandeskap som avses i 1 § 3 mom. 1 punkten i lagen (239/1970) kan anses föreligga (L 1 § 3 mom. 1 punkten: På begäran av den gravida kan havandeskapet avbrytas, när förlossningen och skötseln av barnet med beaktande av den gravidas och hennes familjs levnadsförhållanden samt övriga omständigheter skulle vara avsevärt betungande för henne.)

ja nej

Motivering (fylls alltid om utredningsgivaren inte förordar sökandens ansökan om avbrytande av havandeskap. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)

12 Underskrift		
Ort	Datum	Underskrift
Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Namnförtydligande



AB 3
Bilaga till blankett AB 1

AVBRYTANDE AV HAVANDESKAP PÅ FOSTERINDIKATION

Obligatorisk endast om havandeskapet varat längre än 12+0 gestationsveckor och om avbrytande av havandeskap söks på fosterindikation.

SÖKANDENS PERSONUPPGIFTER

1 Efternamn (Även tidigare, det nuvarande efternamnet med stora bokstäver)	
2 Förnamn (Tilltalsnamnet med stora bokstäver)	3 Personbeteckning

DET AKTUELLA HAVANDESKAPET

4 Första dagen av senaste menstruation eller datum för införande av embryo/insemination datum <input type="text"/> 1 första dagen av senaste menstruation <input type="text"/> 2 datum för införande av embryo/insemination	5 Antal foster (Enligt den senaste undersökningen) levande döda <input type="text"/> <input type="text"/> Fosterreduktion planeras: antal foster som ska aborteras <input type="text"/>
6 Havandeskapets längd utgående från menstruation eller införande av embryo/insemination veckor dagar datum för när bedömningen gjordes <input type="text"/> 1 menstruation <input type="text"/> + <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 införande av embryo/insemination	7 Havandeskapets längd utgående från ultraljudsundersökning veckor dagar datum för när bedömningen gjordes <input type="text"/> + <input type="text"/> <input type="text"/>

EVENTUELLA EXPONERINGAR ELLER ÖVRIGA PROBLEM UNDER HAVANDESKAPET

8 Sjukdomar, läkemedel, övriga eventuella faktorer som kan orsaka fosterskador. Behandling av barnlöshet, vid behov tid och dos. Problem under havandeskapet, t.ex. tillväxtstörning hos fostret, blödningar eller vattenavgång. Flerbördsgraviditet.

Bilaga

SLÄKTUPPGIFTER

9 Ärftliga sjukdomar eller andra avvikelser hos tidigare födda barn/foster eller i släkten vilka anses påverka avgörandet av ärendet om avbrytande av havandeskapet. Den sjukes och fostrets släktskapsförhållande. Sökandens och/eller hennes makes dödfödda barn och/eller avbrytanden av havandeskap på fosterindikation (Födelseårtal och/eller årtal för avbrytande av havandeskap)

Utlåtande av specialist inom klinisk genetik Bilaga

SCREENING OCH UNDERSÖKNINGAR FÖR ATT UPPTÄCKA AVVIKELSER HOS FOSTRET

10 Screening och undersökningar	Screeningsresultat		Avvikelse hos fostret			Datum för undersökning/ provtagning/resultat av kombinerad screening	Plats där screeningen/ undersökning gjordes
	normalt	avvikande	inget avvikande	mis- stänkt	konsta- terad		
1 allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet	11	12	13	14	15		
2 kombinerad screening under tidig graviditet	21	22					
2A serumscreening under tidig graviditet	2A1	2A2					
2B mätning av nackupplarning	2B1	2B2	2B3	2B4	2B5		
3 NIPT	31	32					
4 serumscreening under andra trimestern	41	42					
5 morfologisk ultraljudsundersökning (morfologisk screening)	51	52	53	54	55		
6 riktad ultraljudsundersökning			63	64	65		
7 annan ultraljudsundersökning			73	74	75		
8 placentaprov			83	84	85		
9 fostervattensprov			93	94	95		
10 punktion av navelsträngskärl			103	104	105		
11 magnetkameraundersökning			113	114	115		
12 annan undersökning, vilken _____			123	124	125		

11 Ursprungliga orsaker till noggrannare undersökningar av fostret

(Vid behov kan flera alternativ kryssas för)

	Resultat för NIPT _____	Nackupplarningens tjocklek (NT) _____, ____mm
1 Ökad risk för kromosomavvikelse, baserat på	11 screeningresultat	12 sökandens ålder
		13 släktuppgifter
		Risktal för kromosomavvikelse baserat på screening _____ : _____
2 Ökad risk för anatomisk avvikelse, baserat på	21 screeningresultat	22 släktuppgifter
3 Andra orsaker	31 avvikande graviditetsförlopp	32 risk för ärftlig sjukdom
		33 annan orsak

 Bilaga

UNDERSÖKNINGSRESULTAT SOM FOSTRETS DIAGNOS BASERAR SIG PÅ

12 Genetiska undersökningar	datum för provtagning
1 PCR-baserad analys för upptäckt av trisomi (exakta fynd) _____	_____
2 Molekylär karyotypbestämning (exakta fynd) _____	_____
3 Övriga genetiska undersökningar (samtliga undersökningar jämte exakta fynd) _____	_____

 Bilaga

13 Bilddiagnostisk undersökning av fostret	14 Övriga undersökningar
<input type="checkbox"/> Bilaga	<input type="checkbox"/> Bilaga

AVVIKELSER HOS FOSTRET OCH DERAS BETYDELSE

15 Beskrivning av avvikelserna hos fostret och deras betydelse för fostrets/det väntade barnets hälsa Bilaga

- 1 Avvikelsen hos fostret har konstaterats genom en tillförlitlig undersökningsmetod
- 2 Det föreligger misstanke om eller ökad risk för avvikelse hos fostret eller det väntade barnet
- 3 Det är fråga om en sådan svår sjukdom eller kroppsskada hos fostret eller det väntade barnet som avses i lagen (239/1970)

GRUNDER FÖR ATT AVBRYTANDE AV HAVANDESKAPET BEGÅRS

16 Diagnoser hos fostret/det väntade barnet (Verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt) ICD-10-koder Bilaga

LÄKARENS UNDERSKRIFT

17 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant

Ort	Datum	Underskrift		
Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Läkarens specialitet	Namnförtydligande	Identifikationskod

16 Motivering till varför sökanden anses varaktigt oförmögen att förstå innebörden av en sterilisering eller varför sökanden trots sin sjukdom (t.ex. intellektuell funktionsnedsättning) anses kunna framföra en begäran om sterilisering själv (Punkt 10 ifylls också)

Bilaga

17 Sökandens situation med avseende på havandeskap (Ifylls endast om sökanden är en kvinna)

1 sökanden är inte gravid (Gå vidare till punkt 20)

2 sökanden är gravid (Även punkterna 18 och 19 ifylls)

21 sökanden ämnar föda barnet 22 sökanden ansöker om tillstånd till avbrytande av havandeskapet Bilaga

18 Havandeskapets längd (Bästa uppskattning vid tidpunkten för bedömning) (Ifylls endast om sökanden är gravid)

veckor dagar datum för när bedömningen gjordes

_____ + _____ _____

19 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på (Ifylls endast om sökanden är gravid)

1 menstruationsanamnes 3 ultraljudsundersökning

2 införande av embryo/insemination

UPPGIFTER SOM LÄMNATS AV SÖKANDEN

20 Uppgifter som enligt sökanden påverkar avgörandet av ärendet om sterilisering (Vid behov fritt formulerad tilläggsutredning som bilaga)

Bilaga

GRUNDER FÖR ATT STERILISERING BEGÄRS. DIAGNOSER.

21 Sökanden ansöker om tillstånd till sterilisering på följande grunder som föreskrivs i lagen (283/1970) (Vid behov kan flera alternativ kryssas för)

1 Personen har fött tre (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten) källa: A journal-handlingar B Mynd. för digitalisering o. befolkningsdata C sökanden själv D annan

2 Personen har ensam eller tillsammans med sin make/ maka (äktenskap eller registrerat parförhållande) sammanlagt tre minderåriga (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten) källa: A journal-handlingar B Mynd. för digitalisering o. befolkningsdata C sökanden själv D annan

3 Personen har fyllt 30 år (≥ 30 år) (L 1 § 2 punkten)

4 Havandeskapet medför fara för personens liv eller hälsa (L 1 § 3 punkten)* 41 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar

5 Svårigheter med prevention (L 1 § 4 punkten)

6 Personens avkomlingar skulle komma att vara behäftade med eller senare komma att få en svår sjukdom eller kroppsskada (L 1 § 5 punkten)* 61 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar

7 En sjukdom eller en annan därmed jämförbar orsak begränsar allvarligt personens förmåga att sköta barn (L 1 § 6 punkten)* 71 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar

22 * Diagnoser (Verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt) ICD-10-koder Bilaga

4 personens diagnoser (havandeskapet medför fara för liv eller hälsa, L 1 § 3 punkten och/eller L 6 §) _____

6 avkomlingens diagnoser (L 1 § 5 punkten) _____

7 personens diagnoser (en sjukdom eller annan orsak begränsar allvarligt förmågan att sköta barn, L 1 § 6 punkten) _____

SÖKANDENS UNDERSKRIFT

23 Jag ansöker av egen fri vilja om tillstånd till att få steriliseras. Om ärendet som gäller min sterilisering handläggs av en annan enhet inom hälso- och sjukvården, ger jag tillstånd till att mina uppgifter får lämnas ut till de yrkesutbildade personer och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som handlägger ärendet. Om ärendet som gäller min sterilisering handläggs av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, är jag medveten om att mina uppgifter kan lämnas ut till verket i syfte att avgöra ärendet i fråga om min ansökan om sterilisering. Samtidigt försäkras jag att jag av en läkare har informerats om innebörden och följderna av en sterilisering samt om andra möjligheter att förhindra havandeskap. Jag intygar att de uppgifter jag lämnat är korrekta.

Ort Datum Sökandens egenhändiga underskrift

E2 En intressebevakare som sökande E3 Fritt formulerad ansökan av intressebevakaren Namnförtydligande

BESLUT OCH MOTIVERING. (Ifylls av remitterande eller annan läkare.)

24 Jag har informerat sökanden om innebörden och följderna av en sterilisering samt om andra möjligheter att förhindra havandeskap.			
1 ja			
25 Jag har informerat sökanden och dennes make/maka, när båda varit närvarande samtidigt, om vilkenderas sterilisering som är ändamålsenligare med beaktande av bestämmelserna 1 § i steriliseringslagen.			
1 ja 2 nej Makens/makans namn: _____			
26 Orsak till att maken/makan inte har deltagit i rådgivningen (Vid behov bifogas ett skriftligt utlåtande i ärendet av sökandens make/maka)			
<input type="checkbox"/> Bilaga			
27 Förutsättningar för sterilisering enligt lagen (283/1970) (Ifylls alltid. Vid behov ifylls även punkt 28)			
1 föreligger på basis av sökandens motivering. 2 föreligger inte på basis av sökandens motivering.			
Motivering (Ifylls alltid om läkaren inte förordar sökandens sterilisering. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)			
<input type="checkbox"/> Bilaga			
28 Ansökan om sterilisering hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, om sökanden önskar, eftersom			
1 grunden är att sökandens avkomlingar kan vara behäftade med en svår sjukdom eller ett svårt kroppslöfte (L 1 § 5 punkten)		2 grunden är en sjukdom eller annan därmed jämförbar orsak som allvarligt begränsar sökandens förmåga att sköta barn (L 1 § 6 punkten)	
3 sökanden på grund av sjukdom är varaktigt oförmögen att förstå innebörden av en sterilisering (L 2 § 1 mom.)		4 lagliga förutsättningar för sterilisering av sökanden inte föreligger (L 4 § 3 mom.)	
29 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant			
Ort	Datum	Underskrift	
Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Namnförtydligande	Identifikationskod
Detta beslut är giltigt i ett (1) år efter datumet för undertecknande.			
BESLUT OCH MOTIVERING. (Ifylls av ingreppsläkaren)			
30 Ifylls endast om ärendet avgörs på grundval av beslut av en (1) läkare (L 1 § 1 eller 2 punkten)			
Förutsättningar för sterilisering enligt lagen (283/1970) (Vid behov ifylls även punkt 32)			
1 föreligger på basis av sökandens motivering. 2 föreligger inte på basis av sökandens motivering.			
Motivering (Ifylls alltid om ingreppsläkaren inte förordar sökandens sterilisering. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)			
<input type="checkbox"/> Bilaga			
31 Ifylls endast om ärendet avgörs på grundval av beslut av två (2) läkare (L 1 § 3 och 4 punkten). (Vid behov ifylls även punkt 32)			
1 Jag instämmer i det läkarutlåtande ovan som förordar sökandens sterilisering. 2 Jag instämmer inte i läkarutlåtandet ovan.			
Motivering (Ifylls alltid om ingreppsläkaren inte förordar sökandens sterilisering. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)			
<input type="checkbox"/> Bilaga			
32 Ansökan om sterilisering hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, om sökanden önskar, eftersom			
1 lagliga förutsättningar för sterilisering av sökanden inte föreligger (L 4 § 3 mom.)			
33 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant			
Ort	Datum	Underskrift	
Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Namnförtydligande	Identifikationskod

ANMÄLAN OM

- 1 avbrytande av havandeskap
- 3 avbrytande av havandeskap och sterilisering på samma gång

PERSONUPPGIFTER (punkterna 1-4)

1 Personbeteckning	2 Civilstånd					
	<input type="checkbox"/> 1 ogift	<input type="checkbox"/> 3 samboförhållande	<input type="checkbox"/> 5 änka	<input type="checkbox"/> 7 registrerat parförhållande		
	<input type="checkbox"/> 2 gift	<input type="checkbox"/> 4 hemskild	<input type="checkbox"/> 6 fränskild	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter		
3 Hemkommun nummer _____ namn _____ och/eller _____				4 Bor med sin partner <input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nej <input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter		

TIDIGARE HAVANDESKAP (punkterna 5-6)

5 Antal tidigare havandeskap						
förlossningar _____	levande födda _____	dödfödda _____	barn vid liv _____	missfall _____	avbrytanden av havandeskap _____	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter
6 Utgång av senaste tidigare havandeskap (som anges under punkt 5)						
år _____	<input type="checkbox"/> 1 förlossning	<input type="checkbox"/> 2 missfall	<input type="checkbox"/> 3 avbrytande av havandeskap	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter		

AVBRYTANDE AV HAVANDESKAP (punkterna 7-19)

7 Preventivmetod som användes när det aktuella havandeskapet inleddes (Flera alternativ kan kryssas för)						
Hormonella kombinationspreparat		Progestinpreparat		Annan		
<input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter	<input type="checkbox"/> 4 progestintabletter	<input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel	<input type="checkbox"/> 13 planerad graviditet			
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<input type="checkbox"/> 9 kondom	<input type="checkbox"/> 15 akutprevention			
<input type="checkbox"/> 3 plåster	<input type="checkbox"/> 6 progestininjektion	<input type="checkbox"/> 10 sterilisering (den gravida)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention			
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter			
		<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____				
8 Planerad preventivmetod efter avbrytandet av det aktuella havandeskapet (Flera alternativ kan kryssas för)						
Hormonella kombinationspreparat		Progestinpreparat		Annan		
<input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter	<input type="checkbox"/> 4 progestintabletter	<input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel	<input type="checkbox"/> 14 graviditet planeras			
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<input type="checkbox"/> 9 kondom	<input type="checkbox"/> 16 prevention behövs inte			
<input type="checkbox"/> 3 plåster	<input type="checkbox"/> 6 progestininjektion	<input type="checkbox"/> 10 sterilisering (den gravida)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention			
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 18 ingen planerad prevention			
		<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter			
9 Uppgifter om misslyckad åtgärd för avbrytande av havandeskap eller fosterreduktion tidigare under det aktuella havandeskapet (Ifylls vid behov)						
<input type="checkbox"/> 1 medicinsk abort	<input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration	<input type="checkbox"/> 3 fosterreduktion				
Datum för den misslyckade åtgärden _____	Havandeskapets längd (på ingreppsdagen): veckor _____ + dagar _____	Numret för den verksamhetsenhet där den misslyckade åtgärden genomfördes _____	Namnet på den verksamhetsenhet där den misslyckade åtgärden genomfördes _____			
			och/eller _____			
10 Beslutet om avbrytande av havandeskapet har fattats av (Ifylls endast om havandeskapet varat längre än 12+0 gv eller om det är fråga om nödabort)						
<input type="checkbox"/> 1 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)	Datum för Valvira beslut _____	Valvira diarienummer _____				
<input type="checkbox"/> 2 två (2) läkare	<input type="checkbox"/> 4 nödabort (L 9 §)* (grunder under punkt 11:1 och diagnoser under punkt 12:1)					

11 Grunder för att avbrytande av havandeskapet begärs (Lagen om avbrytande av havandeskap 239/1970) (Punkterna 1–9 endast om graviditeten varat längre än 12+0 gv. Vid behov kan flera alternativ kryssas för.)		
<input type="checkbox"/> 0	Havandeskapets längd 12+0 gv eller mindre (L 1 § 1 mom.)	
<input type="checkbox"/> 1	Sjukdom, kroppsskada eller svaghet medför fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.)*	
<input type="checkbox"/> 2	Levnadsförhållandena och övriga omständigheter orsakar avsevärd belastning (L 1 § 3 mom. 1 punkten)	
<input type="checkbox"/> 3	Sexualbrott (L 1 § 3 mom. 3 punkten)	
<input type="checkbox"/> 4	Under 17-åring (< 17 år) vid tidpunkten när havandeskapet inleddes (L 1 § 3 mom. 6 punkten)	
<input type="checkbox"/> 5	Hade fyllt 40 år (≥ 40 år) vid tidpunkten när havandeskapet inleddes (L 1 § 3 mom. 5 punkten)	
<input type="checkbox"/> 6	Har fött fyra (≥ 4) barn (L 1 § 3 mom. 5 punkten)	
<input type="checkbox"/> 7	Risk för svår sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning eller anatomisk avvikelse hos fostret/barnet (L 1 § 3 mom. 4 punkten)*	
<input type="checkbox"/> 8	Konstaterad svår sjukdom eller anatomisk avvikelse hos fostret (L 5 a §)*	
<input type="checkbox"/> 9	En sjukdom hos någondera av barnets föräldrar eller en annan därmed jämförbar orsak begränsar allvarligt skötseln av barnet (L 1 § 3 mom. 2 punkten)*	
12 * Diagnoser (Verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt)		ICD-10-koder
<input type="checkbox"/> 1	den gravidas diagnoser (L 1 § 2 mom.)	_____
<input type="checkbox"/> 7/8	fostrets/det väntade barnets diagnoser (L 1 § 3 mom. 4 punkten eller L 5 a §)	_____
<input type="checkbox"/> 9	föräldrarnas diagnoser (L 1 § 3 mom. 2 punkten)	_____
13 Datum för avbrytande av havandeskapet (Vid medicinsk abort datum för när behandlingen inleddes)		14 Havandeskapets längd (Bästa uppskattning) veckor dagar _____ + _____ (på dagen för aborten)
_____		15 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på <input type="checkbox"/> 3 ultraljudsundersökning <input type="checkbox"/> 2 införande av embryo/insemination
16 Verksamhetsenhet där avbrytandet av havandeskapet genomfördes (Vid medicinsk abort nummer och/eller namn)		17 Åtgärden för avbrytande av havandeskapet <input type="checkbox"/> 1 var poliklinisk <input type="checkbox"/> 2 var dagkirurgisk <input type="checkbox"/> 3 krävde vård på vårdavdelning
_____		_____
18 Avbrytandet av havandeskapet: åtgärd och övriga förfaranden (Vid behov kan flera alternativ kryssas för)		
<input type="checkbox"/> 1	Vakuumaspiration	
<input type="checkbox"/> 2	Vakuumaspiration	uppmjukning <input type="checkbox"/> 21 med prostaglandin <input type="checkbox"/> 22 med annan substans _____ Prostaglandinet gavs
<input type="checkbox"/> 3	Medicinsk abort i 1:a trimestern med antiprogestin och prostaglandin	<input type="checkbox"/> 31 på sjukhuset <input type="checkbox"/> 32 i hemmet
<input type="checkbox"/> 4	Medicinsk abort i 2:a trimestern	<input type="checkbox"/> 41 med antiprogestin och prostaglandin <input type="checkbox"/> 42 med prostaglandin
<input type="checkbox"/> 5	Litet kejsarsnitt	
<input type="checkbox"/> 6	Fosterreduktion vid flerbördsgraviditet	_____ antal levande foster i livmodern före fosterreduktionen _____ antal levande foster i livmodern efter fosterreduktionen
	Orsaken till fosterreduktionen	
<input type="checkbox"/> 61	konstaterad svår sjukdom eller anatomisk avvikelse hos fostret eller risk för sådana	<input type="checkbox"/> 62 enäggstvillingar (foster ≥ 3) <input type="checkbox"/> 63 reduktion av antalet foster
<input type="checkbox"/> 7	annan, vilken _____	
19 Komplikationer (Sådana som kommit till kännedom inom en (1) månad efter det att havandeskapet avbröts. Flera alternativ kan kryssas för)		
<input type="checkbox"/> 0	inga komplikationer	<input type="checkbox"/> 8 annan komplikation, vilken (ICD-10-koder, utan punkt) komplikation ICD-10-koder
<input type="checkbox"/> 1	blödning som inte krävde blodtransfusion	_____
<input type="checkbox"/> 2	blödning som krävde blodtransfusion	_____
<input type="checkbox"/> 3	cervixruptur som krävde åtgärder	_____
<input type="checkbox"/> 4	perforation av livmodern som krävde åtgärder	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter
<input type="checkbox"/> 5	kvarblivna rester av placentan efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet	
<input type="checkbox"/> 6	äggblåsa och livlöst foster kvarblivna i livmodern efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet	
<input type="checkbox"/> 7	infektion i de inre könsorganen	

Postadress: THL / Abortregistret och Steriliseringsregistret, PB 30, 00271 Helsingfors. Telefon: 029 524 6000

ANMÄLAN OM

- 2 sterilisering
- 3 avbrytande av havandeskap och sterilisering på samma gång

PERSONUPPGIFTER (punkterna 1-4)

1 Personbeteckning	2 Civilstånd					
	<input type="checkbox"/> 1 ogift	<input type="checkbox"/> 3 samboförhållande	<input type="checkbox"/> 5 änka	<input type="checkbox"/> 7 registrerat parförhållande		
	<input type="checkbox"/> 2 gift	<input type="checkbox"/> 4 hemskild	<input type="checkbox"/> 6 fränskild	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter		
3 Hemkommun Nummer _____ namn _____ och/eller _____				4 Bor med sin partner <input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nej <input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter		

TIDIGARE HAVANDESKAP (punkterna 5-6)

5 Antal tidigare havandeskap (ifylls endast när det är fråga om sterilisering av kvinna)

förlossningar levande födda dödfödda barn vid liv missfall avbrytanden av havandeskap

9 inga uppgifter

6 Utgång av senaste tidigare havandeskap (som anges under punkt 5) (ifylls endast när det är fråga om sterilisering av kvinna)

år _____ 1 förlossning 2 missfall 3 avbrytande av havandeskap 9 inga uppgifter

STERILISERING (punkterna 20-30)

20 Preventivmetod som användes innan steriliseringsingreppet (Vid behov kan flera alternativ kryssas för)

Hormonella kombinationspreparat	Progestinpreparat	Annan	
<input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter	<input type="checkbox"/> 4 progestintabletter	<input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel	<input type="checkbox"/> 13 planerad graviditet
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<input type="checkbox"/> 9 kondom	<input type="checkbox"/> 15 akutprevention
<input type="checkbox"/> 3 plåster	<input type="checkbox"/> 6 progestininjektion	<input type="checkbox"/> 10 sterilisering (den som begär sterilisering)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter
		<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____	

21 Tidigare sterilisering (ifylls endast vid behov)

utförd år _____ 1 misslyckades 2 reverserades år _____

22 Beslutet om sterilisering har fattats av

	Datum för Valviras beslut	Valviras diarienummer
<input type="checkbox"/> 1 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2 två (2) läkare	<input type="checkbox"/> 3 en (1) läkare	<input type="checkbox"/> 5 sterilisering i samband med nödabort (L 6 §)* (diagnoser under punkt 24:4)

23 Grunder för att sterilisering begärs (Steriliseringslagen 283/1970. Vid behov kan flera alternativ kryssas för)

1 Personen har fött tre (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten)

2 Personen har ensam eller tillsammans med sin make/maka (äktenskap eller registrerat parförhållande) sammanlagt tre minderåriga (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten)

3 Personen har fyllt 30 år (≥ 30 år) (L 1 § 2 punkten)

4 Havandeskapet medför fara för personens liv eller hälsa (L 1 § 3 punkten)*

5 Svårigheter med prevention (L 1 § 4 punkten)

6 Personens avkomlingar skulle komma att vara behäftade med eller senare komma att få en svår sjukdom eller en svår kroppsskada (L 1 § 5 punkten)*

7 En sjukdom eller en annan därmed jämförbar orsak begränsar allvarligt personens förmåga att sköta barn (L 1 § 6 punkten)*

24 * Diagnoser (Verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt)		ICD-10-koder
<input type="checkbox"/> 4	personens diagnoser (havandeskapet medför fara för liv eller hälsa, L 1 § 3 punkten och/eller L 6 §)	_____
<input type="checkbox"/> 6	avkomlingens diagnoser (L 1 § 5 punkten)	_____
<input type="checkbox"/> 7	personens diagnoser eller andra orsaker begränsar allvarligt förmågan att sköta barn (L 1 § 6 punkten)	_____
25 Datum för steriliseringsingreppet		26 Steriliseringsingrepp (Under samma vårdperiod)
_____		<input type="checkbox"/> 1 enbart sterilisering
		<input type="checkbox"/> 2 i samband med avbrytande av havandeskap (endast i fråga om den vars havandeskap avbrutits)
		<input type="checkbox"/> 3 i samband med förlossning (endast i fråga om den som fött barnet/ barnen)
27 Sjukhus eller behandlingsenhet där steriliseringen utfördes		28 Steriliseringsingreppet
Nummer _____ och/ eller _____	namn _____	<input type="checkbox"/> 1 var polikliniskt <input type="checkbox"/> 2 var dagkirurgiskt <input type="checkbox"/> 3 krävde vård på vårdavdelning
29 Utfört steriliseringsingrepp		
Steriliseringsingrepp på kvinna		Steriliseringsingrepp på man
<input type="checkbox"/> 1 Sterilisering via laparoskopi		<input type="checkbox"/> 5 Vasektomi
<input type="checkbox"/> 2 Sterilisering via hysteroskopi		<input type="checkbox"/> 6 Annat, vilket _____
<input type="checkbox"/> 3 Sterilisering via laparotomi		
<input type="checkbox"/> 4 Annat, vilket _____		
30 Komplikationer (Endast sådana komplikationer som hänför sig till steriliseringen och som kommit till kännedom inom en (1) månad efter det aktuella steriliseringsingreppet. Flera alternativ kan kryssas för)		
<input type="checkbox"/> 0	inga komplikationer	komplikation ICD-10-koder
<input type="checkbox"/> 1	komplikation som krävde åtgärd, vilken (kod utan punkt)	_____
<input type="checkbox"/> 2	annan komplikation, vilken (kod utan punkt)	_____
<input type="checkbox"/> 3	inga uppgifter	

Postadress: THL / Abortregistret och Steriliseringsregistret, PB 30, 00271 Helsingfors. **Telefon:** 029 524 6000