

ILMOITUS

AB 4

- 1 raskauden keskeyttämisestä samanaikaisesta raskauden keskeyttämisestä ja sterilisoinnista
- 3 keskeyttämisestä ja sterilisoinnista

<p>Henkilötiedot (kohdat 1-4) Täytetään AB</p>	<p>1 Henkilötunnus ([-] tai [A])</p> <p>_____</p>	<p>2 Siviilisäät</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1 naimaton</td><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 4 asumuserossa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2 avioliitossa</td><td><input type="checkbox"/> 5 leski</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3 avioliitossa</td><td><input type="checkbox"/> 6 eronnut</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 9 ei tietoa</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%;"> <p>3 Kotikunta</p> <p>numero _____ nimi _____</p> <p>ja/ tai _____</p> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1 naimaton</td><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 4 asumuserossa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2 avioliitossa</td><td><input type="checkbox"/> 5 leski</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3 avioliitossa</td><td><input type="checkbox"/> 6 eronnut</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 9 ei tietoa</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 4 asumuserossa	<input type="checkbox"/> 2 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 5 leski	<input type="checkbox"/> 3 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 6 eronnut		<input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde		<input type="checkbox"/> 9 ei tietoa	<p>3 Kotikunta</p> <p>numero _____ nimi _____</p> <p>ja/ tai _____</p>	<p>4 Asuu parisuhteessa</p> <p>kyllä ei ei tietoa</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9</p>
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1 naimaton</td><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 4 asumuserossa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2 avioliitossa</td><td><input type="checkbox"/> 5 leski</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3 avioliitossa</td><td><input type="checkbox"/> 6 eronnut</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 9 ei tietoa</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 4 asumuserossa	<input type="checkbox"/> 2 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 5 leski	<input type="checkbox"/> 3 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 6 eronnut		<input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde		<input type="checkbox"/> 9 ei tietoa	<p>3 Kotikunta</p> <p>numero _____ nimi _____</p> <p>ja/ tai _____</p>				
<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 4 asumuserossa														
<input type="checkbox"/> 2 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 5 leski														
<input type="checkbox"/> 3 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 6 eronnut														
	<input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde														
	<input type="checkbox"/> 9 ei tietoa														
<p>Aiemmat raskaudet (kohdat 5-6) Täytetään AB</p>	<p>5 Aiempien raskauksien lukumäärä</p> <p>synnytykset _____ elävänä syntyneet _____ kuolleena syntyneet _____ lapsia elossa _____ keskenmenot _____ raskauden keskeyttämiset _____ ei tietoa <input type="checkbox"/> 9</p>														
	<p>6 Viimeisin (kohdassa 5 mainituista) aiemmista raskauksista päätynyt</p> <p>vuonna _____ <input type="checkbox"/> 1 synnytykseen <input type="checkbox"/> 2 keskenmenoon <input type="checkbox"/> 3 raskauden keskeyttämiseen <input type="checkbox"/> 9 ei tietoa</p>														
<p>Raskauden keskeyttäminen (kohdat 7-19) Täytetään AB</p>	<p>7 Tämän raskauden alkaessa käytetty ehkäisymenetelmä (useita vaihtoehtoja voi rastittaa)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 laastari</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Progestiini- ja progesteronivalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 5 kapselit</p> <p><input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio</p> <p><input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisy</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Muu</p> <p><input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisy</p> <p><input type="checkbox"/> 9 kondomi</p> <p><input type="checkbox"/> 10 sterilointi (naisen)</p> <p><input type="checkbox"/> 11 sterilointi (miehen)</p> <p><input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____</p> </td> </tr> </table>			<p>Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 laastari</p>	<p>Progestiini- ja progesteronivalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 5 kapselit</p> <p><input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio</p> <p><input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisy</p>	<p>Muu</p> <p><input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisy</p> <p><input type="checkbox"/> 9 kondomi</p> <p><input type="checkbox"/> 10 sterilointi (naisen)</p> <p><input type="checkbox"/> 11 sterilointi (miehen)</p> <p><input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____</p>									
<p>Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 laastari</p>	<p>Progestiini- ja progesteronivalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 5 kapselit</p> <p><input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio</p> <p><input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisy</p>	<p>Muu</p> <p><input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisy</p> <p><input type="checkbox"/> 9 kondomi</p> <p><input type="checkbox"/> 10 sterilointi (naisen)</p> <p><input type="checkbox"/> 11 sterilointi (miehen)</p> <p><input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____</p>													
	<p>8 Raskauden keskeyttämisen jälkeen käytettäväksi suunniteltu ehkäisy (useita vaihtoehtoja voi rastittaa)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 laastari</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Progestiini- ja progesteronivalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 5 kapselit</p> <p><input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio</p> <p><input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisy</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Muu</p> <p><input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisy</p> <p><input type="checkbox"/> 9 kondomi</p> <p><input type="checkbox"/> 10 sterilointi (naisen)</p> <p><input type="checkbox"/> 11 sterilointi (miehen)</p> <p><input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____</p> </td> </tr> </table>			<p>Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 laastari</p>	<p>Progestiini- ja progesteronivalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 5 kapselit</p> <p><input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio</p> <p><input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisy</p>	<p>Muu</p> <p><input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisy</p> <p><input type="checkbox"/> 9 kondomi</p> <p><input type="checkbox"/> 10 sterilointi (naisen)</p> <p><input type="checkbox"/> 11 sterilointi (miehen)</p> <p><input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____</p>									
<p>Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 laastari</p>	<p>Progestiini- ja progesteronivalmisteet</p> <p><input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit</p> <p><input type="checkbox"/> 5 kapselit</p> <p><input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio</p> <p><input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisy</p>	<p>Muu</p> <p><input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisy</p> <p><input type="checkbox"/> 9 kondomi</p> <p><input type="checkbox"/> 10 sterilointi (naisen)</p> <p><input type="checkbox"/> 11 sterilointi (miehen)</p> <p><input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____</p>													
	<p>9 Tiedot epäonnistuneesta raskauden keskeyttämisestä tai osakeskeyttämisestä aiemmin tässä raskaudessa (täytetään tarvittaessa)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 1 lääkkeellinen keskeytys</p> <p>Keskeyttämistoimenpiteen päivämäärä _____</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 2 imukaavinta</p> <p>Raskauden kesto: viikot _____ päivät _____ (keskeyttämisen toimenpidepäivänä)</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 3 osakeskeyttäminen</p> <p>Keskeyttämissairaalan numero _____ nimi _____ ja/ tai _____</p> </td> </tr> </table>			<p><input type="checkbox"/> 1 lääkkeellinen keskeytys</p> <p>Keskeyttämistoimenpiteen päivämäärä _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 imukaavinta</p> <p>Raskauden kesto: viikot _____ päivät _____ (keskeyttämisen toimenpidepäivänä)</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 osakeskeyttäminen</p> <p>Keskeyttämissairaalan numero _____ nimi _____ ja/ tai _____</p>									
<p><input type="checkbox"/> 1 lääkkeellinen keskeytys</p> <p>Keskeyttämistoimenpiteen päivämäärä _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 imukaavinta</p> <p>Raskauden kesto: viikot _____ päivät _____ (keskeyttämisen toimenpidepäivänä)</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 osakeskeyttäminen</p> <p>Keskeyttämissairaalan numero _____ nimi _____ ja/ tai _____</p>													
	<p>10 Raskauden keskeyttämistä koskevan päätöksen tekijä (Täytetään vain, jos raskauden kesto on yli 12+0 tai kyse on hätäkeskeyttämisestä)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2 kaksi (2) lääkärinä _____</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Valviran päätöksen päivämäärä _____</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Valviran diaarinumero _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 hätäkeskeyttäminen (L 9 §) * (peruste kohtaan 11:1 ja diagnoosit 12:1)</p> </td> </tr> </table>			<p>Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2 kaksi (2) lääkärinä _____</p>	<p>Valviran päätöksen päivämäärä _____</p>	<p>Valviran diaarinumero _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 hätäkeskeyttäminen (L 9 §) * (peruste kohtaan 11:1 ja diagnoosit 12:1)</p>									
<p>Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2 kaksi (2) lääkärinä _____</p>	<p>Valviran päätöksen päivämäärä _____</p>	<p>Valviran diaarinumero _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 hätäkeskeyttäminen (L 9 §) * (peruste kohtaan 11:1 ja diagnoosit 12:1)</p>													
	<p>11 Raskauden keskeyttämisen peruste (Laki raskauden keskeyttämisestä, 239/1970) (tarvittaessa useampia vaihtoehtoja voi rastittaa)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Raskauden kesto 12+0 tai alle (L 1 § 1 mom.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sairaudesta, ruumiinvaihtelusta tai heikkoudesta naisen hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 2 mom.) *</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Elämäntilanteesta tai muista olosuhteista aiheutuva huomattava rasitus (L 1 § 3 mom. 1 kohta)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Seksuaalirikos (L 1 § 3 mom. 3 kohta)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Alle 17-vuotias (< 17 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 6 kohta)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 40 vuotta täyttänyt (≥ 40 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 5 kohta)</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Synnyttänyt neljä (≥ 4) lasta (L 1 § 3 mom. 5 kohta)</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Sikiön/lapsen vaikean sairauden, kehitysvammaisuuden tai rakennepoikkeavuuden riski (L 1 § 3 mom. 4 kohta)*</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Todettu sikiön vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus (L 5a §) *</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Äidin tai isän sairaus tai muu näihin verrattava lapsen hoitoa vakavasti rajoittava syy (L 1 § 3 mom. 2 kohta)*</p>														
	<p>12 * Diagnoosit (sanallisina ja ICD-10 -koodina, ilman pistettä)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 1 naisen diagnoosit (L 1 § 2 mom.) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 7 tai 8 sikiön/odotettavan lapsen diagnoosit (L 1 § 3 mom. 4 kohta tai L 5a §) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 äidin tai isän diagnoosit (L 1 § 3 mom. 2 kohta) _____</p> </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <p>ICD-10 -koodit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> </table>			<p><input type="checkbox"/> 1 naisen diagnoosit (L 1 § 2 mom.) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 7 tai 8 sikiön/odotettavan lapsen diagnoosit (L 1 § 3 mom. 4 kohta tai L 5a §) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 äidin tai isän diagnoosit (L 1 § 3 mom. 2 kohta) _____</p>	<p>ICD-10 -koodit</p> <p>_____</p> <p>_____</p>										
<p><input type="checkbox"/> 1 naisen diagnoosit (L 1 § 2 mom.) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 7 tai 8 sikiön/odotettavan lapsen diagnoosit (L 1 § 3 mom. 4 kohta tai L 5a §) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 äidin tai isän diagnoosit (L 1 § 3 mom. 2 kohta) _____</p>	<p>ICD-10 -koodit</p> <p>_____</p> <p>_____</p>														
	<p>13 Keskeyttämispäivä (lääkkeellisessä raskauden keskeyttämisessä lääkityksen aloittamispäivä)</p> <p>_____</p>	<p>14 Raskauden kesto (paras arvio)</p> <p>viikot _____ päivät _____ (keskeyttämispäivänä)</p>	<p>15 Raskauden keston arvio perustuu</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ultraäänitutkimus</p> <p><input type="checkbox"/> 2 alkionsiirto / inseminaatio</p>												
	<p>16 Toimintayksikkö, jossa keskeyttäminen suoritetaan</p> <p>numero _____ nimi _____ ja/ tai _____</p>														
	<p>17 Raskauden keskeyttämistoimenpide</p> <p><input type="checkbox"/> 1 polikliininen <input type="checkbox"/> 2 päiväkirurginen <input type="checkbox"/> 3 vaatinut vuodeosastohoitoa</p>														
	<p>18 Raskauden keskeyttäminen: toimenpiteet ja muut käytännöt (tarvittaessa voi rastittaa useampia vaihtoehtoja)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 1 Imukaavinta</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Imukaavinta</p> <p><input type="checkbox"/> 3 1. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys antiprogestiiniilla ja prostaglandiiniilla</p> <p><input type="checkbox"/> 4 2. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Pieni keisarileikkaus</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Monisikiöisen raskauden osakeskeyttäminen</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Muu, mikä _____</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 21 esipehennys prostaglandiiniilla</p> <p><input type="checkbox"/> 41 antiprogestiiniilla ja prostaglandiiniilla</p> <p>elävien sikiöiden lukumäärä ennen osakeskeyttämistä _____</p> <p>Osakeskeyttämisen syyinä <input type="checkbox"/> 61 sikiöllä todettu vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus tai niiden riski</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 22 muulla _____</p> <p>Prostaglandiini annettu <input type="checkbox"/> 31 sairaalassa <input type="checkbox"/> 32 kotona</p> <p><input type="checkbox"/> 42 prostaglandiiniilla</p> <p>elävien sikiöiden lukumäärä osakeskeyttämisen jälkeen _____</p> <p>samanmunaiset kaksoset (sikiöitä ≥ 3) <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 sikiöiden lukumäärän vähentäminen</p> </td> </tr> </table>			<p><input type="checkbox"/> 1 Imukaavinta</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Imukaavinta</p> <p><input type="checkbox"/> 3 1. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys antiprogestiiniilla ja prostaglandiiniilla</p> <p><input type="checkbox"/> 4 2. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Pieni keisarileikkaus</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Monisikiöisen raskauden osakeskeyttäminen</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Muu, mikä _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 21 esipehennys prostaglandiiniilla</p> <p><input type="checkbox"/> 41 antiprogestiiniilla ja prostaglandiiniilla</p> <p>elävien sikiöiden lukumäärä ennen osakeskeyttämistä _____</p> <p>Osakeskeyttämisen syyinä <input type="checkbox"/> 61 sikiöllä todettu vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus tai niiden riski</p>	<p><input type="checkbox"/> 22 muulla _____</p> <p>Prostaglandiini annettu <input type="checkbox"/> 31 sairaalassa <input type="checkbox"/> 32 kotona</p> <p><input type="checkbox"/> 42 prostaglandiiniilla</p> <p>elävien sikiöiden lukumäärä osakeskeyttämisen jälkeen _____</p> <p>samanmunaiset kaksoset (sikiöitä ≥ 3) <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 sikiöiden lukumäärän vähentäminen</p>									
<p><input type="checkbox"/> 1 Imukaavinta</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Imukaavinta</p> <p><input type="checkbox"/> 3 1. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys antiprogestiiniilla ja prostaglandiiniilla</p> <p><input type="checkbox"/> 4 2. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Pieni keisarileikkaus</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Monisikiöisen raskauden osakeskeyttäminen</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Muu, mikä _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 21 esipehennys prostaglandiiniilla</p> <p><input type="checkbox"/> 41 antiprogestiiniilla ja prostaglandiiniilla</p> <p>elävien sikiöiden lukumäärä ennen osakeskeyttämistä _____</p> <p>Osakeskeyttämisen syyinä <input type="checkbox"/> 61 sikiöllä todettu vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus tai niiden riski</p>	<p><input type="checkbox"/> 22 muulla _____</p> <p>Prostaglandiini annettu <input type="checkbox"/> 31 sairaalassa <input type="checkbox"/> 32 kotona</p> <p><input type="checkbox"/> 42 prostaglandiiniilla</p> <p>elävien sikiöiden lukumäärä osakeskeyttämisen jälkeen _____</p> <p>samanmunaiset kaksoset (sikiöitä ≥ 3) <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 sikiöiden lukumäärän vähentäminen</p>													
	<p>19 Komplikaatiot (jotka tulleet tietoon yhden (1) kuukauden sisällä tämän raskauden keskeyttämistoimenpiteen jälkeen) (useita vaihtoehtoja voi rastittaa)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 0 ei komplikaatioita</p> <p><input type="checkbox"/> 1 verenvuoto, joka ei vaatinut verensiirtoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2 verenvuoto, joka vaati verensiirron</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 sisäsynnytintulehdus</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 8 muu komplikaatio, mikä _____ (ICD-10 -koodit, ilman pistettä)</p> <p>komplikaatio _____ ICD-10 -koodit _____</p> <p>_____ ICD-10 -koodit _____</p> <p>_____ ICD-10 -koodit _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 ei tietoa</p> </td> </tr> </table>			<p><input type="checkbox"/> 0 ei komplikaatioita</p> <p><input type="checkbox"/> 1 verenvuoto, joka ei vaatinut verensiirtoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2 verenvuoto, joka vaati verensiirron</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 sisäsynnytintulehdus</p>	<p><input type="checkbox"/> 8 muu komplikaatio, mikä _____ (ICD-10 -koodit, ilman pistettä)</p> <p>komplikaatio _____ ICD-10 -koodit _____</p> <p>_____ ICD-10 -koodit _____</p> <p>_____ ICD-10 -koodit _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 ei tietoa</p>										
<p><input type="checkbox"/> 0 ei komplikaatioita</p> <p><input type="checkbox"/> 1 verenvuoto, joka ei vaatinut verensiirtoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2 verenvuoto, joka vaati verensiirron</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 sisäsynnytintulehdus</p>	<p><input type="checkbox"/> 8 muu komplikaatio, mikä _____ (ICD-10 -koodit, ilman pistettä)</p> <p>komplikaatio _____ ICD-10 -koodit _____</p> <p>_____ ICD-10 -koodit _____</p> <p>_____ ICD-10 -koodit _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 ei tietoa</p>														

Postiosoite:

THL / Raskaudenkeskeyttämis- ja sterilöimisrekisteri

PL 30, 00271 Helsinki

Puhelin:

020 610 6000

ILMOITUS

ST 2

- 2 steriloisesta
 samanaikaisesta raskauden
 3 keskeyttämisestä ja steriloisesta

Henkilötiedot (kohdat 1-4) Täytetään ST	1 Henkilötunnus ([-] tai [A]) _____	2 Siviilisäät <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 naimaton</td> <td><input type="checkbox"/> 4 asuserossa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 avioliitossa</td> <td><input type="checkbox"/> 5 leski</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 avioliitossa</td> <td><input type="checkbox"/> 6 eronnut</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 9 ei tietoa</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 4 asuserossa	<input type="checkbox"/> 2 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 5 leski	<input type="checkbox"/> 3 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 6 eronnut		<input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde		<input type="checkbox"/> 9 ei tietoa	3 Kotikunta numero _____ nimi _____ ja/ tai _____	4 Asuu parisuhteessa kyllä ei ei tietoa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9											
<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 4 asuserossa																								
<input type="checkbox"/> 2 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 5 leski																								
<input type="checkbox"/> 3 avioliitossa	<input type="checkbox"/> 6 eronnut																								
	<input type="checkbox"/> 7 rekisteröity parisuhde																								
	<input type="checkbox"/> 9 ei tietoa																								
Aiemmat raskaudet (kohdat 5-6) Täytetään ST	5 Aiempien raskauksien lukumäärä (täytetään vain, kun kyse naisen steriloisesta) synnytykset _____ elävänä syntyneet _____ kuolleena syntyneet _____ lapsia elossa _____ keskenmenot _____ raskauden keskeyttämiset _____ ei tietoa <input type="checkbox"/> 9																								
6 Viimeisin (kohdassa 5 mainituista) aiemmista raskauksista päättyneet (täytetään vain, kun kyse on naisen steriloisesta) 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 20-30) Täytetään ST	20 Ennen steriloisimenpidettä käytetty ehkäisymenetelmä (useita vaihtoehtoja voi rastittaa) <table border="0"> <tr> <td>Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet</td> <td>Progestiini- ja progesteronivalmisteet</td> <td>Muu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit</td> <td><input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit</td> <td><input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 emätinrenkas</td> <td><input type="checkbox"/> 5 kapselit</td> <td><input type="checkbox"/> 9 kondomi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 laastari</td> <td><input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio</td> <td><input type="checkbox"/> 10 steriloisminen (naisen)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin</td> <td><input type="checkbox"/> 11 steriloisminen (miehen)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 13 suunniteltu raskaus jälkiehkäisy ei mitään ehkäisyä ei tietoa <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 19</td> </tr> </table>				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 kapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi	<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 steriloisminen (naisen)		<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 steriloisminen (miehen)			<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____			<input type="checkbox"/> 13 suunniteltu raskaus jälkiehkäisy ei mitään ehkäisyä ei tietoa <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 19
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 kapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi																							
<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 steriloisminen (naisen)																							
	<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 steriloisminen (miehen)																							
		<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____																							
		<input type="checkbox"/> 13 suunniteltu raskaus jälkiehkäisy ei mitään ehkäisyä ei tietoa <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 19																							
21 Aiempi steriloisminen (täytetään vain tarvittaessa) tehty vuonna _____ <input type="checkbox"/> 1 epäonnistunut <input type="checkbox"/> 2 purettu vuonna _____																									
22 Steriloimista koskevan päätöksen tekijä <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)</td> <td>Valviran päätöksen päivämäärä _____</td> <td>Valviran diaarinumero _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 kaksi (2) lääkäriä</td> <td><input type="checkbox"/> 3 yksi (1) lääkäri</td> <td><input type="checkbox"/> 5 steriloisminen (L 6 §) hätäkeskeyttämisen yhteydessä * (diagnoosit kohtaan 24 : 4)</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 1 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)	Valviran päätöksen päivämäärä _____	Valviran diaarinumero _____	<input type="checkbox"/> 2 kaksi (2) lääkäriä	<input type="checkbox"/> 3 yksi (1) lääkäri	<input type="checkbox"/> 5 steriloisminen (L 6 §) hätäkeskeyttämisen yhteydessä * (diagnoosit kohtaan 24 : 4)															
<input type="checkbox"/> 1 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)	Valviran päätöksen päivämäärä _____	Valviran diaarinumero _____																							
<input type="checkbox"/> 2 kaksi (2) lääkäriä	<input type="checkbox"/> 3 yksi (1) lääkäri	<input type="checkbox"/> 5 steriloisminen (L 6 §) hätäkeskeyttämisen yhteydessä * (diagnoosit kohtaan 24 : 4)																							
23 Steriloimisen peruste (Laki steriloisimisesta, 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) *																									
24 * 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) _____																									
25 Steriloimisen toimenpidepäivä _____		26 Steriloiminen tehtiin (saman hoitojakson aikana) <input type="checkbox"/> 1 pelkästään steriloisminen <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)																							
27 Steriloimisen toimenpidesairaala tai -yksikkö numero _____ nimi _____ ja/ tai _____		28 Steriloimistoimenpide <input type="checkbox"/> 1 polikliininen <input type="checkbox"/> 2 päiväkirurginen <input type="checkbox"/> 3 vaatinut vuodeosastohoitoa																							
29 Steriloiminen: tehdyt toimenpiteet <table border="0"> <tr> <td>Naiselle tehdyt toimenpiteet</td> <td>Miehelle tehdyt toimenpiteet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Steriloiminen vatsantalon tähytyksessä</td> <td><input type="checkbox"/> 5 Siemenjohtimien katkaisu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Steriloiminen kohdun tähytyksessä</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Muu, mikä _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Steriloiminen laparotomiaiteitse</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 Muu, mikä _____</td> <td></td> </tr> </table>					Naiselle tehdyt toimenpiteet	Miehelle tehdyt toimenpiteet	<input type="checkbox"/> 1 Steriloiminen vatsantalon 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 laparotomiaiteitse		<input type="checkbox"/> 4 Muu, mikä _____												
Naiselle tehdyt toimenpiteet	Miehelle tehdyt toimenpiteet																								
<input type="checkbox"/> 1 Steriloiminen vatsantalon 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 laparotomiaiteitse																									
<input type="checkbox"/> 4 Muu, mikä _____																									
30 Komplikaatiot (vain steriloisimiseen liittyvät komplikaatiot, jotka tulleet tietoon yhden (1) kuukauden sisällä tämän steriloisimistoimenpiteen jälkeen) (useita vaihtoehtoja voi rastittaa) <input type="checkbox"/> 0 ei komplikaatioita <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"/> 9 ei tietoa komplikaatio _____ ICD-10 -koodit _____																									