

## ANMÄLAN om

AB 4

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

<b>Personuppgifter</b> (punkterna 1-4) ifylls vid AB	<b>1 Personbeteckning</b> ([-] eller [A]) _____	<b>2 Civilstånd</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>hemskild</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>änka</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td>frånskild</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td>registrerat parförhållande</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>inga uppgifter</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>ogift</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>gift</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>samboförhållande</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 4	hemskild	<input type="checkbox"/> 5	änka	<input type="checkbox"/> 6	frånskild	<input type="checkbox"/> 7	registrerat parförhållande	<input type="checkbox"/> 9	inga uppgifter	<input type="checkbox"/> 1	ogift	<input type="checkbox"/> 2	gift	<input type="checkbox"/> 3	samboförhållande	<b>3 Hemkommun</b> nummer _____ namn _____ och/eller _____	<b>4 Bor med sin partner</b> ja <input type="checkbox"/> 1 nej <input type="checkbox"/> 2 inga uppgifter <input type="checkbox"/> 9																																																		
<input type="checkbox"/> 4	hemskild																																																																					
<input type="checkbox"/> 5	änka																																																																					
<input type="checkbox"/> 6	frånskild																																																																					
<input type="checkbox"/> 7	registrerat parförhållande																																																																					
<input type="checkbox"/> 9	inga uppgifter																																																																					
<input type="checkbox"/> 1	ogift																																																																					
<input type="checkbox"/> 2	gift																																																																					
<input type="checkbox"/> 3	samboförhållande																																																																					
<b>Tidigare havandeskap</b> (punkterna 5-6) ifylls vid AB	<b>5 Antal tidigare havandeskap</b> <table border="0"> <tr> <td>förlossningar</td> <td>levande födda</td> <td>dödfödda</td> <td>barn vid liv</td> <td>missfall</td> <td>avbrytanden av havandeskap</td> <td>inga uppgifter</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </table> <b>6 Utgång av senaste tidigare havandeskap</b> (som anges i 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				förlossningar	levande födda	dödfödda	barn vid liv	missfall	avbrytanden av havandeskap	inga uppgifter	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 9																																																				
förlossningar	levande födda	dödfödda	barn vid liv	missfall	avbrytanden av havandeskap	inga uppgifter																																																																
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 9																																																																
<b>Avbrytande av havandeskap</b> (punkterna 8-19) ifylls vid AB	<b>7 Preventivmetod som användes när det aktuella havandeskapet inleddes</b> (Flera alternativ kan kryssas för) <table border="0"> <tr> <td><b>Hormonella kombinationspreparat</b></td> <td><b>Progestinpreparat</b></td> <td><b>Annan</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter</td> <td><input type="checkbox"/> 4 progestintabletter</td> <td><input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel</td> <td><input type="checkbox"/> 13 planerad graviditet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 vaginalring</td> <td><input type="checkbox"/> 5 kapslar</td> <td><input type="checkbox"/> 9 kondom</td> <td><input type="checkbox"/> 15 akutprevention</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 plåster</td> <td><input type="checkbox"/> 6 progestininjektion</td> <td><input type="checkbox"/> 10 sterilisering (kvinna)</td> <td><input type="checkbox"/> 17 ingen prevention</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel</td> <td><input type="checkbox"/> 11 sterilisering (man)</td> <td><input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____</td> <td></td> </tr> </table> <b>8 Planerad preventivmetod efter avbrytandet av det aktuella havandeskapet</b> <table border="0"> <tr> <td><b>Hormonella kombinationspreparat</b></td> <td><b>Progestinpreparat</b></td> <td><b>Annan</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter</td> <td><input type="checkbox"/> 4 progestintabletter</td> <td><input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel</td> <td><input type="checkbox"/> 14 graviditet planeras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 vaginalring</td> <td><input type="checkbox"/> 5 kapslar</td> <td><input type="checkbox"/> 9 kondom</td> <td><input type="checkbox"/> 16 prevention behövs inte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 plåster</td> <td><input type="checkbox"/> 6 progestininjektion</td> <td><input type="checkbox"/> 10 sterilisering (kvinna)</td> <td><input type="checkbox"/> 17 ingen prevention</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel</td> <td><input type="checkbox"/> 11 sterilisering (man)</td> <td><input type="checkbox"/> 18 ingen planerad prevention</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____</td> <td><input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter</td> </tr> </table> <b>9 Uppgifter om misslyckat avbrytande av havandeskap tidigare under det aktuella havandeskapet</b> (Ifylls vid behov) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 medicinsk abort</td> <td><input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration</td> <td><input type="checkbox"/> 3 fosterreduktion</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Datum för åtgärden _____</td> <td>Havandeskapets veckor _____ dagar _____ (på ingreppsdagen)</td> <td>Abortsjukhusets nummer _____ namn _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>och/eller _____</td> <td></td> </tr> </table> <b>10 Beslutet om avbrytande av havandeskapet har fattats av</b> (Ifylls endast om havandeskapet varat längre än 12+0 eller om det är fråga om nödabort) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)</td> <td>Datum för Valvira's beslut _____</td> <td>Valvira's diarienummer _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 två (2) läkare</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 nödabort (L 9 §) * (grunder under punkt 11:1 och diagnoser under punkt 12:1)</td> </tr> </table> <b>11 Grunder för att avbrytande av havandeskapet begärs</b> (Lagen om avbrytande av havandeskap 239/1970) (Vid behov kan flera alternativ kryssas för) <input type="checkbox"/> 0 Havandeskapets längd 12+0 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)*				<b>Hormonella kombinationspreparat</b>	<b>Progestinpreparat</b>	<b>Annan</b>		<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 kapslar	<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 (kvinna)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention		<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (man)	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter			<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____		<b>Hormonella kombinationspreparat</b>	<b>Progestinpreparat</b>	<b>Annan</b>		<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 kapslar	<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 (kvinna)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention		<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (man)	<input type="checkbox"/> 18 ingen planerad prevention			<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter	<input type="checkbox"/> 1 medicinsk abort	<input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration	<input type="checkbox"/> 3 fosterreduktion		Datum för åtgärden _____	Havandeskapets veckor _____ dagar _____ (på ingreppsdagen)	Abortsjukhusets nummer _____ namn _____				och/eller _____		<input type="checkbox"/> 1 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)	Datum för Valvira's beslut _____	Valvira's diarienummer _____	<input type="checkbox"/> 2 två (2) läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 nödabort (L 9 §) * (grunder under punkt 11:1 och diagnoser under punkt 12:1)
<b>Hormonella kombinationspreparat</b>	<b>Progestinpreparat</b>	<b>Annan</b>																																																																				
<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 kapslar	<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 (kvinna)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention																																																																			
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (man)	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter																																																																			
		<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____																																																																				
<b>Hormonella kombinationspreparat</b>	<b>Progestinpreparat</b>	<b>Annan</b>																																																																				
<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 kapslar	<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 (kvinna)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention																																																																			
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (man)	<input type="checkbox"/> 18 ingen planerad prevention																																																																			
		<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter																																																																			
<input type="checkbox"/> 1 medicinsk abort	<input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration	<input type="checkbox"/> 3 fosterreduktion																																																																				
Datum för åtgärden _____	Havandeskapets veckor _____ dagar _____ (på ingreppsdagen)	Abortsjukhusets nummer _____ namn _____																																																																				
		och/eller _____																																																																				
<input type="checkbox"/> 1 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)	Datum för Valvira's beslut _____	Valvira's diarienummer _____																																																																				
<input type="checkbox"/> 2 två (2) läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 nödabort (L 9 §) * (grunder under punkt 11:1 och diagnoser under punkt 12:1)																																																																				
<b>12 * Diagnoser</b> (verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt) <input type="checkbox"/> 1 kvinnans diagnoser (L 1 § 2 mom.) _____ <input type="checkbox"/> 7 tai 8 fostrets / det väntade barnets diagnoser (L 1 § 3 mom. 4 punkten eller L 5 a §) _____ <input type="checkbox"/> 9 moderns eller faderns diagnoser (L 1 § 3 mom. 2 punkten) _____	ICD-10-koder _____ _____																																																																					
<b>13 Datum för avbrytande av havandeskapet</b> (vid medicinsk abort datum för när behandlingen inleddes) _____	<b>14 Havandeskapets längd</b> (bästa uppskattning) veckor _____ dagar _____ (på dagen för aborten)	<b>15 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på</b> <input type="checkbox"/> 3 ultraljudsundersökning <input type="checkbox"/> 2 införande av embryo / insemination																																																																				
<b>16 Verksamhetsenhet där avbrytandet av havandeskapet genomfördes</b> nummer _____ namn _____ och/eller _____	<b>17 Åtgärden för avbrytande av havandeskapet</b> <input type="checkbox"/> 1 var poliklinisk <input type="checkbox"/> 2 var dagkirurgisk <input type="checkbox"/> 3 krävde vård på vårdavdelning																																																																					
<b>18 Avbrytandet av havandeskapet: åtgärd och övriga förfaranden</b> (Vid behov kan flera alternativ kryssas för) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 vakuumaspiration</td> <td><input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration</td> <td>uppmjukning <input type="checkbox"/> 21 med prostaglandin</td> <td><input type="checkbox"/> 22 med annan substans _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 medicinsk abort i 1:a trimestern med antiprogesterin och prostaglandin</td> <td><input type="checkbox"/> 4 medicinsk abort i 2:a trimestern</td> <td><input type="checkbox"/> 41 med antiprogesterin och prostaglandin</td> <td>Prostaglandinet gavs <input type="checkbox"/> 31 på sjukhuset <input type="checkbox"/> 32 i hemmet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 litet kejsarsnitt</td> <td><input type="checkbox"/> 6 fosterreduktion vid flerbördsgraviditet</td> <td>antal levande foster i livmodern före fosterreduktionen _____</td> <td>antal levande foster i livmodern efter fosterreduktionen _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Orsaken till fosterreduktionen <input type="checkbox"/> 61 konstaterad svår sjukdom eller anatomisk avvikelse hos fostret eller risk för sådana</td> <td>enäggsstävlingar (foster ≥ 3) <input type="checkbox"/> 62</td> <td>antal aborterade foster <input type="checkbox"/> 63</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 annan, vilken _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1 vakuumaspiration	<input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration	uppmjukning <input type="checkbox"/> 21 med prostaglandin	<input type="checkbox"/> 22 med annan substans _____	<input type="checkbox"/> 3 medicinsk abort i 1:a trimestern med antiprogesterin och prostaglandin	<input type="checkbox"/> 4 medicinsk abort i 2:a trimestern	<input type="checkbox"/> 41 med antiprogesterin och prostaglandin	Prostaglandinet gavs <input type="checkbox"/> 31 på sjukhuset <input type="checkbox"/> 32 i hemmet	<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	enäggsstävlingar (foster ≥ 3) <input type="checkbox"/> 62	antal aborterade foster <input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/> 7 annan, vilken _____																																																			
<input type="checkbox"/> 1 vakuumaspiration	<input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration	uppmjukning <input type="checkbox"/> 21 med prostaglandin	<input type="checkbox"/> 22 med annan substans _____																																																																			
<input type="checkbox"/> 3 medicinsk abort i 1:a trimestern med antiprogesterin och prostaglandin	<input type="checkbox"/> 4 medicinsk abort i 2:a trimestern	<input type="checkbox"/> 41 med antiprogesterin och prostaglandin	Prostaglandinet gavs <input type="checkbox"/> 31 på sjukhuset <input type="checkbox"/> 32 i hemmet																																																																			
<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	enäggsstävlingar (foster ≥ 3) <input type="checkbox"/> 62	antal aborterade foster <input type="checkbox"/> 63																																																																			
<input type="checkbox"/> 7 annan, vilken _____																																																																						
<b>19 Komplikationer</b> (som kommit till kännedom inom en (1) månad efter det att havandeskapet avbröts) (Flera alternativ kan kryssas för) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 inga komplikationer</td> <td><input type="checkbox"/> 8 annan komplikation, vilken _____ (ICD-10-koder, utan punkt)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 blödning som inte krävde blodtransfusion</td> <td>komplikation _____ ICD-10-koder _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 blödning som krävde blodtransfusion</td> <td>_____ ICD-10-koder _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 cervixruptur som krävde åtgärder</td> <td>_____ ICD-10-koder _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 perforation av livmodern som krävde åtgärder</td> <td>_____ ICD-10-koder _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 kvarblivna rester av placentan efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet</td> <td>_____ ICD-10-koder _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 äggblåsa och livlöst foster kvarblivna i livmodern efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet</td> <td>_____ ICD-10-koder _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 infektion i de inre könsorganen</td> <td><input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 0 inga komplikationer	<input type="checkbox"/> 8 annan komplikation, vilken _____ (ICD-10-koder, utan punkt)	<input type="checkbox"/> 1 blödning som inte krävde blodtransfusion	komplikation _____ ICD-10-koder _____	<input type="checkbox"/> 2 blödning som krävde blodtransfusion	_____ ICD-10-koder _____	<input type="checkbox"/> 3 cervixruptur som krävde åtgärder	_____ ICD-10-koder _____	<input type="checkbox"/> 4 perforation av livmodern som krävde åtgärder	_____ ICD-10-koder _____	<input type="checkbox"/> 5 kvarblivna rester av placentan efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet	_____ ICD-10-koder _____	<input type="checkbox"/> 6 äggblåsa och livlöst foster kvarblivna i livmodern efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet	_____ ICD-10-koder _____	<input type="checkbox"/> 7 infektion i de inre könsorganen	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter																																																				
<input type="checkbox"/> 0 inga komplikationer	<input type="checkbox"/> 8 annan komplikation, vilken _____ (ICD-10-koder, utan punkt)																																																																					
<input type="checkbox"/> 1 blödning som inte krävde blodtransfusion	komplikation _____ ICD-10-koder _____																																																																					
<input type="checkbox"/> 2 blödning som krävde blodtransfusion	_____ ICD-10-koder _____																																																																					
<input type="checkbox"/> 3 cervixruptur som krävde åtgärder	_____ ICD-10-koder _____																																																																					
<input type="checkbox"/> 4 perforation av livmodern som krävde åtgärder	_____ ICD-10-koder _____																																																																					
<input type="checkbox"/> 5 kvarblivna rester av placentan efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet	_____ ICD-10-koder _____																																																																					
<input type="checkbox"/> 6 äggblåsa och livlöst foster kvarblivna i livmodern efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet	_____ ICD-10-koder _____																																																																					
<input type="checkbox"/> 7 infektion i de inre könsorganen	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter																																																																					

Postadress:

THL / Abortregistret och Steriliseringsregistret

PB 30, 00271 Helsingfors

Telefon:

020 610 6000

## ANMÄLAN om

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

ST 2

<b>Personuppgifter</b> (punkterna 1-4) Ifylls vid ST	<b>1 Personbeteckning</b> ([–] eller [A])  <input type="text"/>	<b>2 Civilstånd</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 ogift</td> <td><input type="checkbox"/> 4 hemskild</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 gift</td> <td><input type="checkbox"/> 5 änka</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 samboförhållande</td> <td><input type="checkbox"/> 6 frångående</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 7 registrerat parförhållande</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 ogift	<input type="checkbox"/> 4 hemskild	<input type="checkbox"/> 2 gift	<input type="checkbox"/> 5 änka	<input type="checkbox"/> 3 samboförhållande	<input type="checkbox"/> 6 frångående		<input type="checkbox"/> 7 registrerat parförhållande		<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter	<b>3 Hemkommun</b>  nummer <input type="text"/> namn <input type="text"/> och/eller <input type="text"/>	<b>4 Bor med sin partner</b>  ja <input type="checkbox"/> 1 nej <input type="checkbox"/> 2 inga uppgifter <input type="checkbox"/> 9														
<input type="checkbox"/> 1 ogift	<input type="checkbox"/> 4 hemskild																											
<input type="checkbox"/> 2 gift	<input type="checkbox"/> 5 änka																											
<input type="checkbox"/> 3 samboförhållande	<input type="checkbox"/> 6 frångående																											
	<input type="checkbox"/> 7 registrerat parförhållande																											
	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter																											
<b>Tidigare havandeskap</b> (punkterna 5-6) Ifylls vid ST	<b>5 Antal tidigare havandeskap</b> (Ifylls endast när det är fråga om sterilisering av kvinna) förlossningar <input type="text"/> levande födda <input type="text"/> dödfödda <input type="text"/> barn vid liv <input type="text"/> missfall <input type="text"/> avbrytanden av havandeskap <input type="text"/> inga uppgifter <input type="checkbox"/> 9																											
	<b>6 Utgång av senaste tidigare havandeskap</b> (som anges i punkt 5) (Ifylls endast när det är fråga om sterilisering av kvinna) år <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 förlossning <input type="checkbox"/> 2 missfall <input type="checkbox"/> 3 avbrytande av havandeskap <input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter																											
<b>Sterilisering</b> (punkterna 20-30) Ifylls vid ST	<b>20 Preventivmetod som användes innan steriliseringsingreppet</b> (Vid behov kan flera alternativ kryssas för) <table border="0"> <tr> <td><b>Hormonella kombinationspreparat</b></td> <td><b>Progestinpreparat</b></td> <td><b>Annan</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter</td> <td><input type="checkbox"/> 4 progestintabletter</td> <td><input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel</td> <td><input type="checkbox"/> 13 planerad graviditet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 vaginalring</td> <td><input type="checkbox"/> 5 kapslar</td> <td><input type="checkbox"/> 9 kondom</td> <td><input type="checkbox"/> 15 akutprevention</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 plåster</td> <td><input type="checkbox"/> 6 progestininjektion</td> <td><input type="checkbox"/> 10 sterilisering (kvinna)</td> <td><input type="checkbox"/> 17 ingen prevention</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel</td> <td><input type="checkbox"/> 11 sterilisering (man)</td> <td><input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 12 anna, vilken _____</td> <td></td> </tr> </table>			<b>Hormonella kombinationspreparat</b>	<b>Progestinpreparat</b>	<b>Annan</b>		<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 kapslar	<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 (kvinna)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention		<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (man)	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter			<input type="checkbox"/> 12 anna, vilken _____		
<b>Hormonella kombinationspreparat</b>	<b>Progestinpreparat</b>	<b>Annan</b>																										
<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 kapslar	<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 (kvinna)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention																									
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (man)	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter																									
		<input type="checkbox"/> 12 anna, vilken _____																										
	<b>21 Tidigare sterilisering</b> (Ifylls endast vid behov) utförd år <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 misslyckades <input type="checkbox"/> 2 reverserades år <input type="text"/>																											
	<b>22 Beslutet om sterilisering har fattats av</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)</td> <td>Datum för Valvira's beslut <input type="text"/></td> <td>Valvira's diarienummer <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 två (2) läkare</td> <td><input type="checkbox"/> 2 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 en (1) läkare</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5 sterilisering i samband med nödabort (L 6 §)* (diagnoser under punkt 24:4)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)	Datum för Valvira's beslut <input type="text"/>	Valvira's diarienummer <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 två (2) läkare	<input type="checkbox"/> 2 0		<input type="checkbox"/> 3 en (1) läkare		<input type="checkbox"/> 5 sterilisering i samband med nödabort (L 6 §)* (diagnoser under punkt 24:4)																
<input type="checkbox"/> 1 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)	Datum för Valvira's beslut <input type="text"/>	Valvira's diarienummer <input type="text"/>																										
<input type="checkbox"/> 2 två (2) läkare	<input type="checkbox"/> 2 0																											
<input type="checkbox"/> 3 en (1) läkare		<input type="checkbox"/> 5 sterilisering i samband med nödabort (L 6 §)* (diagnoser under punkt 24:4)																										
	<b>23 Grunder för att sterilisering begärs</b> (Steriliseringslagen 283/1970) (Vid behov kan flera alternativ kryssas för) <input type="checkbox"/> 1 Kvinnan har fött tre (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten) <input type="checkbox"/> 2 Personen har ensam eller tillsammans med sin make/maka (äktenskap eller registrerat parförhållande) sammanlagt tre minderåriga (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten) <input type="checkbox"/> 3 Personen har fyllt 30 år (≥ 30 år) (L 1 § 2 punkten) <input type="checkbox"/> 4 Havandeskapet medför fara för kvinnans liv eller hälsa (L 1 § 3 punkten)* <input type="checkbox"/> 5 Svårigheter med prevention (L 1 § 4 punkten) <input type="checkbox"/> 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)* <input type="checkbox"/> 7 En sjukdom eller en annan därmed jämförbar orsak begränsar allvarligt personens förmåga att sköta barn (L 1 § 6 punkten)*																											
	<b>24 * Diagnoser</b> (verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt) ICD-10-koder <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 kvinnans diagnoser (1 § 3 punkten och/eller L 6 §)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 avkomlingens diagnoser (L 1 § 5 punkten)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 personens diagnoser (L 1 § 6 punkten)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 4 kvinnans diagnoser (1 § 3 punkten och/eller L 6 §)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6 avkomlingens diagnoser (L 1 § 5 punkten)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 7 personens diagnoser (L 1 § 6 punkten)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<input type="checkbox"/> 4 kvinnans diagnoser (1 § 3 punkten och/eller L 6 §)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<input type="checkbox"/> 6 avkomlingens diagnoser (L 1 § 5 punkten)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<input type="checkbox"/> 7 personens diagnoser (L 1 § 6 punkten)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
	<b>25 Datum för steriliseringsingreppet</b>  <input type="text"/>	<b>26 Steriliseringsingrepp</b> (under samma vårdperiod) <input type="checkbox"/> 1 enbart sterilisering <input type="checkbox"/> 2 i samband med avbrytande av havandeskap (under samma vårdperiod) (endast i fråga om en kvinna) <input type="checkbox"/> 3 i samband med förlossning (under samma vårdperiod) (endast i fråga om en kvinna)																										
	<b>27 Sjukhus eller behandlingsenhet där steriliseringen utfördes</b> nummer <input type="text"/> namn <input type="text"/> och/eller <input type="text"/>	<b>28 Steriliseringsingreppet</b> <input type="checkbox"/> 1 var poliklinisk <input type="checkbox"/> 2 var dagkirurgisk <input type="checkbox"/> 3 krävde vård på vårdavdelning																										
	<b>29 Utfört steriliseringsingrepp</b> <table border="0"> <tr> <td><b>Steriliseringsingrepp på kvinna</b></td> <td><b>Steriliseringsingrepp på man</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 sterilisering via laparoskopi</td> <td><input type="checkbox"/> 5 vasktomi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 sterilisering via hysteroskopi</td> <td><input type="checkbox"/> 6 annat, vilket _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 sterilisering via laparotomi</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 annat, vilket _____</td> <td></td> </tr> </table>			<b>Steriliseringsingrepp på kvinna</b>	<b>Steriliseringsingrepp på man</b>	<input type="checkbox"/> 1 sterilisering via laparoskopi	<input type="checkbox"/> 5 vasktomi	<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 _____																
<b>Steriliseringsingrepp på kvinna</b>	<b>Steriliseringsingrepp på man</b>																											
<input type="checkbox"/> 1 sterilisering via laparoskopi	<input type="checkbox"/> 5 vasktomi																											
<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 _____																												
	<b>30 Komplikationer</b> (endast sådana komplikationer som hänför sig till sterilisering och som kommit till kännedom inom en (1) månad efter det aktuella steriliseringsingreppet) (flera alternativ kan kryssas för) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 inga komplikationer</td> <td>komplikation <input type="text"/></td> <td>ICD-10-koder <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 komplikation som krävde åtgärd, vilken (kod utan punkt)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 annan komplikation, vilken (kod utan punkt)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 0 inga komplikationer	komplikation <input type="text"/>	ICD-10-koder <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 komplikation som krävde åtgärd, vilken (kod utan punkt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 annan komplikation, vilken (kod utan punkt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter															
<input type="checkbox"/> 0 inga komplikationer	komplikation <input type="text"/>	ICD-10-koder <input type="text"/>																										
<input type="checkbox"/> 1 komplikation som krävde åtgärd, vilken (kod utan punkt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<input type="checkbox"/> 2 annan komplikation, vilken (kod utan punkt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter																												

Postadress:

THL / Abortregistret och Steriliseringsregistret

PB 30, 00271 Helsingfors

Telefon:

020 610 6000