

STERILISERING

ST 1

Blanketten innehåller läkarutlåtande, ansökan och beslut.
Blanketten utgör även remiss till behandlingsenhet.

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Sökandens personuppgifter | 1 Efternamn (även tidigare, det nuvarande efternamnet med stora bokstäver) | | 2 Förnamn (tilltalsnamnet med stora bokstäver) | |
| | 3 Personbeteckning ([—]eller [A]) | | 4 Adress | |
| | 5 Telefonnummer (under tjänstetid) | | 6 Civilstånd | |
| Andra uppgifter om sökanden | 3 samboförhållande 6 fränskid 1 ogift 4 hemskild 7 registrerat parförhållande 2 gift 5 änka 9 ingen uppgift | | 7 Hemkommun Hemkommunens nummer | |
| | 8 Bor med sin partner | | 9 Fastställande av identitet | |
| | 1 ja 1 personen känd 2 nej 2 har fastställts med identitesbevis 3 har inte fastställts | | | |
| Anamnes | 10 Förstår sökanden innebörden av en sterilisering, eller är personen på grund av sjukdom, t.ex. en psykisk sjukdom, psykisk störning eller intellektuell funktionsnedsättning, varaktigt oförmögen att förstå innebörden av en sterilisering? (noggrannare uppgifter under punkt 16) | | | |
| | 1 Sökanden förstår innebörden av en sterilisering 2 Sökanden är varaktigt oförmögen att förstå innebörden av en sterilisering E1 Utredning om intressebevakning | | | |
| | 11 Antal tidigare havandeskap (Ifylls endast om det är en kvinna som ansöker om tillstånd till sterilisering) | | | |
| | förlossningar levande födda dödfödda barn vid liv missfall avbrytanden av havandeskap | | | |
| Undersökningsresultat | 12 Utgång av senaste tidigare havandeskap (som anges under punkt 11) (Ifylls endast om det är en kvinna som ansöker om tillstånd till sterilisering) | | | |
| | år 1 förlossning 2 missfall 3 avbrytande av havandeskap | | | |
| | 13 Använd preventivmetod (Flera alternativ kan kryssas för) | | | |
| | Hormonella kombinationspreparat Progestinpreparat Annan 1 kombinationstabletter 4 progestintabletter 8 annat intrauterint preventivmedel 12 annan, vilken _____ 2 vaginalring 5 kapslar 9 kondom 13 planerad graviditet 3 plåster 6 progestininjektion 10 sterilisering (kvinna) 15 akutprevention 7 intrauterint hormonpreventivmedel 11 sterilisering (man) 17 ingen prevention | | | |
| Uppgifter som lämnats av sökanden | 14 Tidigare sterilisering (Ifylls endast vid behov) | | | |
| | utförd år 1 misslyckades 2 reverserades år | | | |
| | 15 Fynd som påverkar steriliseringen, somatisk, psykisk och social status (Tilläggsuppgifter bifogas vid behov som bilaga) | | | |
| | undersökningsdatum | | | |
| | _____ 2 0 _____ | | | |
| Uppgifter som lämnats av sökanden | 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) | | | |
| | _____ | | | |
| | 17 Sökandens situation med avseende på havandeskap (Ifylls endast om sökanden är en kvinna) | | | |
| | 1 sökanden är inte gravid (Gå vidare till punkt 20) 21 sökanden ämnar föda barnet Bilaga 2 sökanden är gravid (Även punkterna 18 och 19 ifylls) 22 sökanden ansöker om tillstånd till avbrytande av havandeskap | | | |
| | 18 Havandeskapets längd (bästa uppskattning) (Ifylls endast om sökanden är gravid) | | 19 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på (Ifylls endast om sökanden är gravid) | |
| veckor dagar datum för när bedömningen gjordes _____ + _____ 2 0 _____ | | 1 menstruationsanamnes 3 ultraljudsundersökning 2 införande av embryo / insemination 4 klinisk undersökning | | |
| 20 Uppgifter som enligt sökanden påverkar avgörandet av ärendet om sterilisering (vid behov fritt formulerad tilläggsutredning som bilaga) | | | | |
| _____ | | | | |

| | |
|---|--|
| <p>Grunder för att sterilisering begärs. Diagnoser.</p> | <p>21 Sökanden ansöker om tillstånd till sterilisering på följande grunder som föreskrivs i lagen (283/1970): (Vid behov kan flera alternativ kryssas för)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Kvinnan har fött tre (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten) källa: <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</p> <p><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) källa: <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</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Personen har fyllt 30 år (≥ 30 år) (L 1 § 2 punkten)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Havandeskapet medför fara för kvinnans liv eller hälsa (L 1 § 3 punkten)* <input type="checkbox"/> 41 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Svårigheter med prevention (L 1 § 4 punkten)</p> <p><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"/> 61 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar</p> <p><input type="checkbox"/> 7 En sjukdom eller en annan därmed jämförbar orsak begränsar allvarligt personens förmåga att sköta barn (L 1 § 6 punkten)* <input type="checkbox"/> 71 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>22 * Diagnoser (verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt) ICD-10-koder <input type="checkbox"/> Bilaga</p> <p><input type="checkbox"/> 4 kvinnans diagnoser (L 1 § 3 punkten) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 6 avkomlingens diagnoser (L 1 § 5 punkten) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 7 sökandens diagnoser (L 1 § 6 punkten) _____</p> |
| <p>Sökandens underskrift</p> | <p>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 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 försäkrar 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.</p> <p>Ort _____ Datum _____ Sökandens egenhändiga underskrift _____</p> <p><input type="checkbox"/> E2 En intressebevakare som sökande</p> <p><input type="checkbox"/> E3 Fritt formulerad ansökan av intressebevakaren</p> <p>_____ 2 0 _____</p> |
| <p>Beslut och motivering. Ifylls av remitterande eller annan läkare.</p> | <p>24 Jag har informerat sökanden om innebörden och följderna av en sterilisering samt om andra möjligheter att förhindra havandeskap. <input type="checkbox"/> 1 ja</p> <p>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. <input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nej Makens/makans namn: _____</p> <p>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</p> <p>27 Förutsättningar för sterilisering enligt lagen (283/1970) (Ifylles alltid. Vid behov ifylles även punkt 28) <input type="checkbox"/> 1 föreligger på basis av sökandens motivering. <input type="checkbox"/> 2 föreligger inte på basis av sökandens motivering. Motivering (Ifylles alltid om läkaren inte förordar sökandens sterilisering. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.) <input type="checkbox"/> Bilaga</p> <p>28 Ansökan om sterilisering hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, om sökanden önskar, eftersom <input type="checkbox"/> 1 grunden är att sökandens avkomlingar kan vara behäftade med en svår sjukdom eller ett svårt kroppsslyte (L 1 § 5 punkten) <input type="checkbox"/> 2 grunden är en sjukdom eller annan därmed jämförbar orsak som allvarligt begränsar sökandens förmåga att sköta barn (L 1 § 6 punkten) <input type="checkbox"/> 3 sökanden på grund av sjukdom är varaktigt oförmögen att förstå innebörden av en sterilisering (L 2 § 1 mom.) <input type="checkbox"/> 4 lagliga förutsättningar för sterilisering av sökanden inte föreligger (L 4 § 3 mom.)</p> <p>29 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant Ort _____ Datum _____ Underskrift _____ _____ 2 0 _____ Yrkesbeteckning och verksamhetsenhet _____ Namnförtydligande och identifikationskod _____ Detta beslut är giltigt i ett (1) år efter datumet för undertecknande.</p> |
| <p>Beslut och motivering. Ifylls av ingrepps-läkaren</p> | <p>30 Ifylls endast om ärendet avgörs på grundval av beslut av en (1) läkare (L 1 § 1 och 2 punkten) (Vid behov ifylls även punkt 32) Förutsättningar för sterilisering enligt lagen (283/1970) <input type="checkbox"/> 1 föreligger på basis av sökandens motivering. <input type="checkbox"/> 2 föreligger inte på basis av sökandens motivering. Motivering (Ifylles alltid om ingreppsläkaren inte förordar sökandens sterilisering. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.) <input type="checkbox"/> Bilaga</p> <p>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) <input type="checkbox"/> 1 Jag instämmer i det läkarutlåtande ovan som förordar sökandens sterilisering. <input type="checkbox"/> 2 Jag instämmer inte i läkarutlåtandet ovan. Motivering (Ifylles alltid om ingreppsläkaren inte förordar sökandens sterilisering. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.) <input type="checkbox"/> Bilaga</p> <p>32 Ansökan om sterilisering hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, om sökanden önskar, eftersom <input type="checkbox"/> 4 lagliga förutsättningar för sterilisering av sökanden inte föreligger (L 4 § 3 mom.)</p> |

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

Ort

Datum

Underskrift

_____ | | | | | 2 0 | | | | |

Yrkesbeteckning och verksamhetsenhet

Namnförtydligande och identifikationskod