

## RASKAUDEN KESKEYTTÄMINEN

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

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

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

### RASKAUDENKESKEYTYKSEEN HAKEUTUNEEN HENKILÖTIEDOT

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

### RASKAUDENKESKEYTYKSEEN HAKEUTUNUTTA KOSKEVIA MUITA TIETOJA

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

### ESITIEDOT

<b>11 Aiempien raskauksien lukumäärä</b>					
synnytykset	elävänä syntyneet	kuolleena syntyneet	lapsia elossa	keskenmenot	raskauden keskeyttämiset
_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>12 Viimeisin (kohdassa 11 mainituista) aiemmista raskauksista päättynyt</b>					
vuonna _____	<input type="checkbox"/> 1 synnytykseen	<input type="checkbox"/> 2 keskenmenoon	<input type="checkbox"/> 3 raskauden keskeyttämiseen		
<b>13 Tämän raskauden alkaessa käytetty ehkäisymenetelmä</b> (Useita vaihtoehtoja voi valita)					
Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiinivalmisteet	Muu			
<input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit	<input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin	<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____		
<input type="checkbox"/> 2 emätinrengas	<input type="checkbox"/> 5 progestiini-kapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi	<input type="checkbox"/> 13 suunniteltu raskaus		
<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 sterilointi (raskaana olevan)	<input type="checkbox"/> 15 jälkiehkäisy		
	<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 sterilointi (puolison)	<input type="checkbox"/> 17 ei mitään ehkäisyä		
<b>14 Raskauden keskeyttämisen jälkeen käytettäväksi suunniteltu ehkäisy</b> (Useita vaihtoehtoja voi valita)					
Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiinivalmisteet	Muu			
<input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> 4 progestiini-tabletit	<input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin	<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____		
<input type="checkbox"/> 2 emätinrengas	<input type="checkbox"/> 5 progestiini-kapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi	<input type="checkbox"/> 14 raskaus suunnitteilla		
<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 sterilointi (raskaana olevan)	<input type="checkbox"/> 16 ei tarvetta ehkäisyyn		
	<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 sterilointi (puolison)	<input type="checkbox"/> 17 ei mitään ehkäisyä		
<b>15 Viimeisten kuukautisten alkamispäivä tai alkionsiirto-/inseminaatiopäivä tässä raskaudessa</b>					
päivämäärä _____	<input type="checkbox"/> 1 viimeisten kuukautisten alkamispäivä	<input type="checkbox"/> 2 alkionsiirron/inseminaation päivä			

**16 Tiedot epäonnistuneesta raskauden keskeyttämisestä aiemmin tässä raskaudessa** (Elävä sikiö jäänyt kohtuun)  
(Täytetään tarvittaessa)

<input type="checkbox"/> 1 lääkkeellinen keskeytys Epäonnistuneen toimenpiteen päivämäärä _____	<input type="checkbox"/> 2 imukaavinta Raskauden kesto (toimenpidepäivänä) viikot _____ + päivät _____	Toimintayksikön numero, jossa epäonnistunut keskeyttäminen suoritettiin _____ ja/tai _____	Toimintayksikön nimi, jossa epäonnistunut keskeyttäminen suoritettiin _____
--	--	--	---

**TUTKIMUSTULOKSET****17 Raskauden kesto** (Paras arvio kestosta arviointipäivämääränä)  
viikot \_\_\_\_\_ päivät \_\_\_\_\_ Päivämäärä, jona arvio tehty \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_**18 Raskauden keston arvio perustuu**

<input type="checkbox"/> 1 kuukautiset	<input type="checkbox"/> 3 ultraäänitutkimus
<input type="checkbox"/> 2 alkionsiirto/inseminaatio	

**19 Sikiöiden lukumäärä monisikiöraskaudessa**

\_\_\_ Elävien sikiöiden lukumäärä monisikiöisessä raskaudessa lääkärin suorittaman tutkimuksen perusteella

\_\_\_ Keskeytettävien sikiöiden lukumäärä monisikiöisessä raskaudessa, jossa suunnitellaan osakeskeytystä

**20 Raskauden keskeyttämiseen vaikuttavat löydökset, somaattinen, psyykinen ja sosiaalinen tila ja raskaudenaikaiset altistukset.** (Pakollinen vain, jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk) (Lisätiedot tarvittaessa liitteellä. Tiedot sikiön poikkeavuuksista lomakkeella AB 3) tutkimuspäivämäärä \_\_\_\_\_ AB 3  Liite**HAKIJAN ANTAMAT TIEDOT****21 Tiedot, joiden hakija katsoo vaikuttavan raskauden keskeyttämistä koskevan asian ratkaisuun** (Täytetään vain, jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk) (Vapaamuotoinen lisäselvitys tarvittaessa liitteellä) AB 2  Liite**KESKEYTYKSEEN HAKEUTUMISEN PERUSTE****22 Peruste hakeutua raskauden keskeytykseen** (Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970) (Kohdat 1-9 vain jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk, tarvittaessa voi valita useampia vaihtoehtoja.)

<input type="checkbox"/> 0 Raskauden kesto 12+0 rvk tai alle (L 1 § 1 mom.)				
<input type="checkbox"/> 1 Sairaudesta, ruumiinviaasta tai heikkoudesta raskaana olevan hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 2 mom.)*	<input type="checkbox"/> 11 lääkärin lausunto tai kopio potilasasiakirjoista			
<input type="checkbox"/> 2 Elämänoloista tai muista olosuhteista aiheutuva huomattava rasitus (L 1 § 3 mom. 1 kohta)	<input type="checkbox"/> 21 lomake AB 2 aina liitteenä			
<input type="checkbox"/> 3 Seksuaalirikos (L 1 § 3 mom. 3 kohta)	<input type="checkbox"/> 31 mahdollinen rikosilmoitus liitteenä			
<input type="checkbox"/> 4 Alle 17-vuotias (< 17 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 6 kohta)				
<input type="checkbox"/> 5 40 vuotta täyttänyt (≥ 40 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 5 kohta)				
<input type="checkbox"/> 6 Synnyttänyt neljä (≥ 4) lasta (L 1 § 3 mom. 5 kohta)	<input type="checkbox"/> A potilas-asiakirjat	<input type="checkbox"/> B Digi- ja väestötietovirasto	<input type="checkbox"/> C hakija itse	<input type="checkbox"/> D muu
<input type="checkbox"/> 7 Sikiön/lapsen vaikean sairauden, kehitysvammaisuuden tai rakennepoikkeavuuden riski (L 1 § 3 mom. 4 kohta)*	<input type="checkbox"/> 71 lomake AB 3 aina liitteenä			
<input type="checkbox"/> 8 Todettu sikiön vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus (L 5a §)*	<input type="checkbox"/> 81 lomake AB 3 aina liitteenä			
<input type="checkbox"/> 9 Jommankumman vanhemman sairaus tai muu näihin verrattava lapsen hoitoa vakavasti rajoittava syy sairaus tai muu näihin verrattava lapsen hoitoa vakavasti rajoittava syy (L 1 § 3 mom. 2 kohta)*	<input type="checkbox"/> 91 lääkärin lausunto tai kopio potilasasiakirjoista			
<b>23 * Diagnoosit</b> (Sanallisina ja ICD-10-koodeina, ilman pistettä)	ICD-10-koodit			<input type="checkbox"/> Liite
<input type="checkbox"/> 1 raskaana olevan diagnoosit (L 1 § 2 mom.) _____				
<input type="checkbox"/> 7/8 sikiön/odotettavan lapsen diagnoosit (L 1 § 3 mom. 4 kohta tai L 5a §) _____				
<input type="checkbox"/> 9 vanhemman diagnoosit (L 1 § 3 mom. 2 kohta) _____				

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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 epävarma kuukautisanamneesi ja siitä johtuva myöhäinen raskauden toteaminen | <input type="checkbox"/> 2 parisuhteen muutos                             | <input type="checkbox"/> 3 vaikeus päätöksenteossa                                |
| <input type="checkbox"/> 4 vaikeus päästä lääkärin vastaanotolle                                       | <input type="checkbox"/> 5 masentuneisuus, väsymys, mielenterveysongelmat | <input type="checkbox"/> 6 epäonnistunut keskeyttäminen aiemmin tässä raskaudessa |
| <input type="checkbox"/> 7 muu syy, mikä _____   |   |   |

Tarkemmat tiedot

AB 2  AB 3  Liite

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

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

Paikka	Päivämäärä	Hakijan omakätinen allekirjoitus
--------	------------	----------------------------------

<input type="checkbox"/> E2 Edunvalvoja hakijana	<input type="checkbox"/> E3 Edunvalvojan vapaamuotoinen hakemus	Nimenselvennys
--	---	----------------

**TERVEYSVAARAPERUSTEESSA (L 1 § 2 mom.) LAUSUNNONANTAJALÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ**

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

- 1 ovat olemassa  2 eivät ole olemassa

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

Liite

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

- 1 kyllä  2 ei

**VALVIRALLE LAUSUNNON LÄHETTÄVÄ LÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ**

**27 Edellytykset hakijan raskauden keskeyttämiseen**

- 1 ovat olemassa ja raskaus on kestänyt yli 12+0 rvk mutta enintään 20+0 rvk (12+1–20+0 rvk) (L 1 § 3 ja 4 mom.)
- 2 ovat olemassa, keskeytyksen perusteena on todettu vaikea sikiön sairaus tai ruumiinvika (20+1–24+0 rvk) (L 5a §)
- 3 lain mukaisia edellytyksiä raskauden keskeyttämiseen ei ole (12+1–24+0 rvk)

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

Liite

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

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

**29 Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta. Raskaana olevalle on annettu selvitys raskauden keskeyttämisen merkityksestä ja vaikutuksista.**

Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus	
Ammattinimike	Toimintayksikkö	Nimenselvennys	Yksilöintitunnus

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

**30 Raskauden kesto** (Paras arvio kestosta arviointipäivämääränä) (Täytetään vain, jos perusteena on raskaana olevan hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 2 mom.) ja raskauden keston ollessa yli 12+0 rvk)  
viikot      päivät      päivämäärä, jona arvio tehty  
\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

**31 Raskauden keston arvio perustuu**

- 3 ultraäänitutkimus  
 2 alkionsiirto/inseminaatio

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

- 1 Yhdyn edellä olevaan lausunnonantajalääkäriin raskauden keskeyttämistä puoltavaan lausuntoon.  
 2 En yhdy edellä olevaan lausunnonantajalääkäriin lausuntoon.

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

Liite

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

- 1 kyllä       2 ei

**33 Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta. Raskaana olevalle on annettu selvitys raskauden keskeyttämisen merkityksestä ja vaikutuksista.**

Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus	
Ammattinimike	Toimintayksikkö	Nimenselvennys	Yksilöintitunnus

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