

ILMOITUS

- 1 raskauden keskeyttämisestä
 3 samanaikaisesta raskauden keskeyttämisestä ja steriloisesta

HENKILÖTIEDOT (kohdat 1-4)

1 Henkilötunnus	2 Siviilisäät					
	<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 3 avioliitossa	<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		
3 Kotikunta numero _____ nimi _____ _____ ja/tai _____				4 Asuu parisuhteessa <input type="checkbox"/> 1 kyllä <input type="checkbox"/> 2 ei <input type="checkbox"/> 9 ei tietoa		

AIEMMAT RASKAUDET (kohdat 5-6)

5 Aiempien raskauksien lukumäärä
synnytykset _____ elävänä syntyneet _____ kuolleena syntyneet _____ lapsia elossa _____ keskenmenot _____ raskauden keskeyttämiset _____ 9 ei tietoa

6 Viimeisin (kohdassa 5 mainituista) **aiemmista raskauksista päättynyt**
vuonna _____ 1 synnytykseen 2 keskenmenoon 3 raskauden keskeyttämiseen 9 ei tietoa

RASKAUDEN KESKEYTTÄMINEN (kohdat 7-19)

7 Tämän raskauden alkaessa käytetty ehkäisymenetelmä (Useita vaihtoehtoja voi valita)

Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiinivalmisteet	Muu
<input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> 4 progestiinitabletit	<input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin
<input type="checkbox"/> 2 emätinrenas	<input type="checkbox"/> 5 progestiinikapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi
<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 sterilointi (raskaana olevan)
	<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 sterilointi (puoliso)
		<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____
		<input type="checkbox"/> 13 suunniteltu raskaus
		<input type="checkbox"/> 15 jälkiehkäisy
		<input type="checkbox"/> 17 ei mitään ehkäisyä
		<input type="checkbox"/> 19 ei tietoa

8 Raskauden keskeyttämisen jälkeen käytettäväksi suunniteltu ehkäisy (Useita vaihtoehtoja voi valita)

Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiinivalmisteet	Muu
<input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> 4 progestiinitabletit	<input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin
<input type="checkbox"/> 2 emätinrenas	<input type="checkbox"/> 5 progestiinikapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi
<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 sterilointi (raskaana olevan)
	<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 sterilointi (puoliso)
		<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____
		<input type="checkbox"/> 14 raskaus suunnitteilla
		<input type="checkbox"/> 16 ei tarvetta ehkäisyyn
		<input type="checkbox"/> 17 ei mitään ehkäisyä
		<input type="checkbox"/> 18 ei suunniteltua ehkäisyä
		<input type="checkbox"/> 19 ei tietoa

9 Tiedot epäonnistuneesta raskauden keskeyttämisestä tai osakeskeyttämisestä aiemmin tässä raskaudessa
(Täytetään tarvittaessa)

<input type="checkbox"/> 1 lääkkeellinen keskeytys	<input type="checkbox"/> 2 imukaavinta	<input type="checkbox"/> 3 osakeskeyttäminen
Epäonnistuneen toimenpiteen päivämäärä _____	Raskauden kesto (keskeyttämisen toimenpidepäivänä): viikot _____ + päivät _____	Toimintayksikön numero, jossa epäonnistunut keskeyttäminen suoritettiin _____ ja/tai _____
		Toimintayksikön nimi, jossa epäonnistunut keskeyttäminen suoritettiin _____

10 Raskauden keskeyttämistä koskevan päätöksen tekijä
(Täytetään vain, jos raskauden kesto on yli 12+0 rvk tai kyse on hätäkeskeyttämisestä)

<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"/> 4 hätäkeskeyttäminen (L 9 §)* (peruste kohtaan 11:1 ja diagnoosit 12:1)	

11 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.)

- 0 Raskauden kesto 12+0 rvk tai alle (L 1 § 1 mom.)
- 1 Sairaudesta, ruumiinviaasta tai heikkoudesta raskaana olevan hengelle tai terveydelle aiheutuva vaara (L 1 § 2 mom.)*
- 2 Elämänoloista tai muista olosuhteista aiheutuva huomattava rasitus (L 1 § 3 mom. 1 kohta)
- 3 Seksuaalirikos (L 1 § 3 mom. 3 kohta)
- 4 Alle 17-vuotias (< 17 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 6 kohta)
- 5 40 vuotta täyttänyt (≥ 40 v) raskaaksi saatettaessa (L 1 § 3 mom. 5 kohta)
- 6 Synnyttänyt neljä (≥ 4) lasta (L 1 § 3 mom. 5 kohta)
- 7 Sikiön/lapsen vaikean sairauden, kehitysvammaisuuden tai rakennepoikkeavuuden riski (L 1 § 3 mom. 4 kohta)*
- 8 Todettu sikiön vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus (L 5a §)*
- 9 Jommankumman vanhemman sairaus tai muu näihin verrattava lapsen hoitoa vakavasti rajoittava syy (L 1 § 3 mom. 2 kohta)*

12 * Diagnoosit (Sanallisina ja ICD-10-koodeina, ilman pistettä)	ICD-10-koodit
<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) _____	_____

13 Keskeyttämispäivä (Lääkkeellisessä raskauden keskeyttämisessä lääkityksen aloittamispäivä) _____	14 Raskauden kesto (Paras arvio) viikot päivät _____ + _____ (keskeyttämispäivänä)	15 Raskauden keston arvio perustuu <input type="checkbox"/> 3 ultraäänitutkimus <input type="checkbox"/> 2 alkionsiirto/inseminaatio
---	--	---

16 Toimintayksikkö, jossa keskeyttäminen suoritettiin numero nimi _____ ja/tai _____	17 Raskauden keskeyttämistoimenpide <input type="checkbox"/> 1 polikliininen <input type="checkbox"/> 2 päiväkirurginen <input type="checkbox"/> 3 vaatinut vuodeosastohoitoa
--	---

18 Raskauden keskeyttäminen: toimenpiteet ja muut käytännöt (Tarvittaessa voi valita useampia vaihtoehtoja)

- 1 Imukaavinta
- 2 Imukaavinta esipehmenys 21 prostaglandiinilla 22 muulla _____
Prostaglandiini annettu
- 3 1. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys antiprogestiiniilla ja prostaglandiinilla 31 sairaalassa 32 kotona
- 4 2. trimesterin lääkkeellinen raskaudenkeskeytys 41 antiprogestiiniilla ja prostaglandiinilla 42 prostaglandiinilla
- 5 Pieni keisarileikkaus
- 6 Monisikiöisen raskauden osakeskeyttäminen _____ elävien sikiöiden lukumäärä ennen osakeskeyttämistä _____ elävien sikiöiden lukumäärä osakeskeyttämisen jälkeen
- Osakeskeyttämisen syyinä
- 61 sikiöllä todettu vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus tai niiden riski 62 samannumaiset kaksoset (sikiöitä ≥ 3) 63 sikiöiden lukumäärän vähentäminen
- 7 Muu, mikä _____

19 Komplikaatiot (Jotka tulleet tietoon yhden (1) kuukauden sisällä tämän raskauden keskeyttämistoimenpiteen jälkeen. Useita vaihtoehtoja voi valita)

- 0 ei komplikaatioita 8 muu komplikaatio, mikä (ICD-10-koodit, ilman pistettä)
komplikaatio ICD-10-koodit
- 1 verenvuoto, joka ei vaatinut verensiirtoa _____
- 2 verenvuoto, joka vaati verensiirron _____
- 3 kohdunsuun repeämä, joka vaati toimenpiteen _____
- 4 kohdun puhkeaminen, joka vaati toimenpiteen 9 ei tietoa
- 5 istukan jäänteiden jääminen kohtuun keskeyttämistoimenpiteen jälkeen
- 6 munapussin ja elottoman sikiön jääminen kohtuun keskeyttämistoimenpiteen jälkeen
- 7 sisäsynnytintulehdus

Postiosoite: THL / Raskaudenkeskeyttämis- ja sterilöimisrekisteri, PL 30, 00271 Helsinki. **Puhelin:** 020 524 6000

ILMOITUS

- 2 steriloisemisesta
- 3 samanaikaisesta raskauden keskeyttämisestä ja steriloisimisesta

HENKILÖTIEDOT (kohdat 1-4)

1 Henkilötunnus	2 Siviilisäät			
	<input type="checkbox"/> 1 naimaton	<input type="checkbox"/> 3 avioliitossa	<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
3 Kotikunta numero _____ nimi _____ _____ ja/tai _____			4 Asuu parisuhteessa <input type="checkbox"/> 1 kyllä <input type="checkbox"/> 2 ei <input type="checkbox"/> 9 ei tietoa	

AIEMMAT RASKAUDET (kohdat 5-6)

5 Aiempien raskauksien lukumäärä (Täytetään vain, kun kyse naisen steriloisimisesta)

synnytykset _____ elävänä syntyneet _____ kuolleena syntyneet _____ lapsia elossa _____ keskenmenot _____ raskauden keskeyttämiset _____ 9 ei tietoa

6 Viimeisin (kohdassa 5 mainituista) **aiemmista raskauksista päättynyt** (Täytetään vain, kun kyse naisen steriloisimisesta)

vuonna _____ 1 synnytykseen 2 keskenmenoon 3 raskauden keskeyttämiseen 9 ei tietoa

STERILOIMINEN (kohdat 20-30)

20 Ennen steriloisimistoimenpidettä käytetty ehkäisymenetelmä (Useita vaihtoehtoja voi valita)

Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet	Progestiinivalmisteet	Muu
<input type="checkbox"/> 1 yhdistelmätabletit	<input type="checkbox"/> 4 progestiinitabletit	<input type="checkbox"/> 8 muu kohdunsisäinen ehkäisin
<input type="checkbox"/> 2 emätinrengas	<input type="checkbox"/> 5 progestiinikapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi
<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 steriloisminen (steriloisimiseen hakeutuva)
	<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 steriloisminen (puoliso)
		<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____
		<input type="checkbox"/> 13 suunniteltu raskaus
		<input type="checkbox"/> 15 jälkiehkäisy
		<input type="checkbox"/> 17 ei mitään ehkäisyä
		<input type="checkbox"/> 19 ei tietoa

21 Aiempi steriloisminen (Täytetään vain tarvittaessa)

tehty vuonna _____ 1 epäonnistunut 2 purettu vuonna _____

22 Steriloisimista koskevan päätöksen tekijä

	Valviran päätöksen päivämäärä	Valviran diaarinumero
<input type="checkbox"/> 1 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2 kaksi (2) lääkärinä	<input type="checkbox"/> 3 yksi (1) lääkäri	<input type="checkbox"/> 5 steriloisminen (L 6 §) hätäkeskeyttämisen yhteydessä * (diagnoosit kohtaan 24 : 4)

23 Steriloisimisen peruste (Laki steriloisimisesta, 283/1970. Tarvittaessa useampia vaihtoehtoja voi valita):

1 Henkilö on synnyttänyt kolme (≥ 3) lasta (L 1 § 1 kohta)

2 Henkilöllä on yksin tai puolisonsa (avioliitto tai rekisteröity parisuhde) kanssa kolme (≥ 3) alaikäistä lasta (L 1 § 1 kohta)

3 Henkilö on täyttänyt 30 vuotta (≥ 30 v) (L 1 § 2 kohta)

4 Raskaus vaarantaisi henkilön hengen ja terveyden (L 1 § 3 kohta) *

5 Ehkäisyvaikeudet (L 1 § 4 kohta)

6 Henkilön jälkeläisellä olisi tai hänelle kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika (L 1 § 5 kohta) *

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	henkilön diagnoosit (raskaus vaarantaisi hengen tai terveyden 1 § 3 kohta ja/tai L 6 §)	_____	_____
<input type="checkbox"/> 6	jälkeläisen diagnoosit (L 1 § 5 kohta)	_____	_____
<input type="checkbox"/> 7	henkilön diagnoosit (sairaus tai muu syy vakavasti rajoittaa kykyä hoitaa lapsia L1 § 6 kohta)	_____	_____
25 Steriloimisen toimenpidepäivä _____		26 Steriloiminen tehtiin (Saman hoitajakson aikana)	
		<input type="checkbox"/> 1	pelkästään steriloiminen
		<input type="checkbox"/> 2	raskauden keskeyttämisen yhteydessä (vain raskauden keskeyttäneen kohdalla)
		<input type="checkbox"/> 3	synnytyksen yhteydessä (vain synnyttäneen 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			
Naiselle tehdyt toimenpiteet		Miehelle tehdyt toimenpiteet	
<input type="checkbox"/> 1	Steriloiminen vatsaontelon tähystyksessä	<input type="checkbox"/> 5	Siemenjohtimien katkaisu
<input type="checkbox"/> 2	Steriloiminen kohdun tähystyksessä	<input type="checkbox"/> 6	Muu, mikä _____
<input type="checkbox"/> 3	Steriloiminen laparotomiateitse		
<input type="checkbox"/> 4	Muu, mikä _____		
30 Komplikaatiot (Vain steriloimiseen liittyvät komplikaatiot, jotka tulleet tietoon yhden (1) kuukauden sisällä tämän steriloimistoimenpiteen jälkeen. Useita vaihtoehtoja voi valita)			
<input type="checkbox"/> 0	ei komplikaatioita	komplikaatio	ICD-10-koodit
<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"/> 3	ei tietoa		

Postiosoite: THL / Raskaudenkeskeyttämis- ja steriloimisrekisteri, PL 30, 00271 Helsinki. **Puhelin:** 020 524 6000