

AVBRYTANDE AV HAVANDESKAP

Denna blankett används inom hälso- och sjukvården för utredning av anamnesen och verifiering av att de lagliga förutsättningarna för avbrytande av havandeskap föreligger samt för läkarutlåtande, ansökan och beslut som hänför sig till avbrytande av havandeskap.

Blanketten utgör vid behov även remiss till den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården där avbrytandet av havandeskapet i fråga ska genomföras.

Förutom att anteckna uppgifterna i blanketten ska de uppgifter som behövs för att genomföra behandlingen antecknas i övriga journalhandlingar.

PERSONUPPGIFTER FÖR DEN SOM SÖKER BEHANDLING FÖR AVBRYTANDE AV HAVANDESKAP

1 Efternamn (Även tidigare. Det nuvarande efternamnet med stora bokstäver)		2 Förnamn (Tilltalsnamnet med stora bokstäver)	
3 Personbeteckning	4 Adress		5 Telefonnummer (Under tjänstetid)
6 Civilstånd <input type="checkbox"/> 1 ogift <input type="checkbox"/> 3 sambo-förhållande <input type="checkbox"/> 5 änka <input type="checkbox"/> 7 registrerat partnerskap <input type="checkbox"/> 2 gift <input type="checkbox"/> 4 hemskild <input type="checkbox"/> 6 frånskild <input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter			7 Hemkommun och/eller Hemkommunens nummer

ANDRA UPPGIFTER OM DEN SOM SÖKER BEHANDLING FÖR AVBRYTANDE AV HAVANDESKAP

8 Bor med sin partner <input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nej	9 Fastställande av identitet <input type="checkbox"/> 1 personen känd <input type="checkbox"/> 2 har fastställts med identitetsbevis <input type="checkbox"/> 3 har inte fastställts	10 Är den gravida p.g.a. en psykisk sjukdom, någon annan psykisk störning eller intellektuell funktionsnedsättning oförmögen att framföra en giltig begäran om avbrytande av havandeskap? <input type="checkbox"/> 2 nej <input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> E1 utredning om intressebevakning <input type="checkbox"/> om ja, läkarens motivering till bedömningen som bilaga
--	--	---

ANAMNES

11 Antal tidigare havandeskap					
förlossningar	levande födda	dödfödda	barn vid liv	missfall	avbrytanden av havandeskap
_____	_____	_____	_____	_____	_____
12 Utgång av senaste tidigare havandeskap (som anges under punkt 11)					
år _____	<input type="checkbox"/> 1 förlossning	<input type="checkbox"/> 2 missfall	<input type="checkbox"/> 3 avbrytande av havandeskap		
13 Preventivmetod som användes när det aktuella havandeskapet började (Flera alternativ kan kryssas för)					
Hormonella kombinationspreparat		Progestinpreparat		Annan	
<input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter	<input type="checkbox"/> 4 progestintabletter	<input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel	<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____		
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<input type="checkbox"/> 9 kondom	<input type="checkbox"/> 13 planerad graviditet		
<input type="checkbox"/> 3 plåster	<input type="checkbox"/> 6 progestininjektion	<input type="checkbox"/> 10 sterilisering (den gravida)	<input type="checkbox"/> 15 akutprevention		
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention		
14 Planerad preventivmetod efter avbrytandet av det aktuella havandeskapet (Flera alternativ kan kryssas för)					
Hormonella kombinationspreparat		Progestinpreparat		Annan	
<input type="checkbox"/> 1 kombinationstabletter	<input type="checkbox"/> 4 progestintabletter	<input type="checkbox"/> 8 annat intrauterint preventivmedel	<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____		
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<input type="checkbox"/> 9 kondom	<input type="checkbox"/> 14 graviditet planeras		
<input type="checkbox"/> 3 plåster	<input type="checkbox"/> 6 progestininjektion	<input type="checkbox"/> 10 sterilisering (den gravida)	<input type="checkbox"/> 16 prevention behövs inte		
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention		
15 Första dagen av senaste menstruation eller datum för införande av embryo/insemination i fråga om det aktuella havandeskapet					
datum _____	<input type="checkbox"/> 1 första dagen av senaste menstruation	<input type="checkbox"/> 2 datum för införande av embryo/insemination			

16 Uppgifter om misslyckat avbrytande av havandeskap tidigare under det aktuella havandeskapet

(Levande foster lämnat kvar i livmodern) (Ifylls vid behov)

<input type="checkbox"/> 1 medicinsk abort	<input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration	Numret för den verksamhetsenhet där den misslyckade åtgärden genomfördes _____	Namnet på den verksamhetsenhet där den misslyckade åtgärden genomfördes _____
Datum för den misslyckade åtgärden _____	Havandeskapets längd (på ingreppsdagen): veckor _____ + dagar _____	och/eller _____	

UNDERSÖKNINGSRESULTAT**17 Havandeskapets längd** (Bästa uppskattning vid tidpunkten för bedömning)

veckor _____ dagar _____ datum för när bedömningen gjordes _____
+ _____

18 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på

- 1 menstruationsanamnes 3 ultraljudsundersökning
 2 införande av embryo/insemination

19 Antal foster vid flerbördsgraviditet

____ Antal levande foster som konstaterats vid läkarundersökning vid flerbördsgraviditet
____ Antal foster som ska aborteras vid flerbördsgraviditet där fosterreduktion planeras

20 Fynd av betydelse med avseende på avbrytande av havandeskapet, somatisk, psykisk och social status och exponeringar under havandeskapet (Obligatoriskt endast om havandeskapet varat längre än 12+0 gv) (Vid behov används bilaga för tilläggsuppgifter.

Uppgifter om avvikelser hos fostret på blankett AB 3)

Undersökningsdatum _____

 AB 3 Bilaga**UPPGIFTER SOM LÄMNATS AV SÖKANDEN****21 Uppgifter som enligt sökanden påverkar avgörandet av ärendet om avbrytande av havandeskapet**

(Ifylls endast om havandeskapet varat längre än 12+0 gv) (Vid behov fritt formulerad tilläggsutredning som bilaga)

 AB 2 Bilaga**GRUNDER FÖR ATT AVBRYTANDE AV HAVANDESKAPET BEGÄRS****22 Grunder för att avbrytande av havandeskapet begärs** (Lagen om avbrytande av havandeskap 239/1970) (Punkterna 1–9 endast om graviditeten varat längre än 12+0 gv. Vid behov kan flera alternativ kryssas för.)

<input type="checkbox"/> 0 Havandeskapets längd 12+0 gv 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"/> 11 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar
<input type="checkbox"/> 2 Levnadsförhållandena och övriga omständigheter orsakar avsevärd belastning (L 1 § 3 mom. 1 punkten)	<input type="checkbox"/> 21 blankett AB 2 fogas alltid som bilaga
<input type="checkbox"/> 3 Sexualbrott (L 1 § 3 mom. 3 punkten)	<input type="checkbox"/> 31 eventuell brottsanmälan bifogas
<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"/> A journalhandlingar <input type="checkbox"/> B Mynd. för digitalisering o. befolkningsdata <input type="checkbox"/> C sökanden själv <input type="checkbox"/> D annan data
<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"/> 71 blankett AB 3 fogas alltid som bilaga
<input type="checkbox"/> 8 Konstaterad svår sjukdom eller anatomisk avvikelse hos fostret (L 5 a §)*	<input type="checkbox"/> 81 blankett AB 3 fogas alltid som bilaga
<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)*	<input type="checkbox"/> 91 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar

23 * Diagnoser (Verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt)

<input type="checkbox"/> 1 den gravidas diagnoser (L 1 § 2 mom.) _____	ICD-10-koder _____	<input type="checkbox"/> Bilaga
<input type="checkbox"/> 7/8 fostrets/det väntade barnets diagnoser (L 1 § 3 mom. 4 punkten eller L 5 a §) _____	_____	
<input type="checkbox"/> 9 föräldrarnas diagnoser (L 1 § 3 mom. 2 punkten) _____	_____	

24 Motivering till varför avbrytandet av havandeskapet fördröjts (L 1 § 4 mom.) (Ifylls endast om havandeskapet varat över 12+0 gv; ifylls dock inte ens i detta fall, om sökanden var under 17 år (<17 år) när sökanden blev gravid eller om tillstånd för avbrytande av havandeskapet begärs på grund av s.k. hälsorisk (L 1 § 2 mom.) eller på fosterindikation under gv 20+1–24+0 (L 5 a §))

- 1 osäker menstruationsanamnes och därför sent konstaterande av havandeskapet 2 förändring i sökandens parrelation 3 svårt att fatta beslut
- 4 svårt att komma till en läkarmottagning 5 depression, trötthet, mentala problem 6 misslyckad abort tidigare under det aktuella havandeskapet
- 7 annan orsak, vilken _____

Ytterligare information

AB 2 AB 3 Bilaga

SÖKANDENS UNDERSKRIFT. (Den gravidas underskrift endast om havandeskapet varat längre än 12+0 gv. Intressebevakarens underskrift samt bilaga oberoende av havandeskapets längd)

25 Jag ansöker om tillstånd till att mitt havandeskap får avbrytas. Om ärendet som gäller avbrytande av mitt havandeskap 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 avbrytande av mitt havandeskap 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 avbrytande av havandeskap. Samtidigt försäkrar jag att jag har informerats om innebörden och följderna av avbrytande av havandeskap. Jag intygar att de uppgifter jag lämnat är korrekta.

Ort	Datum	Sökandens egenhändiga underskrift
<input type="checkbox"/> E2 En intressebevakare som sökande	<input type="checkbox"/> E3 Fritt formulerad ansökan av intressebevakaren	Namnförtydligande

IFYLLS AV LÄKARE MED BEHÖRIGHET ATT GE UTLÅTANDE, NÄR GRUNDEN ÄR FARA FÖR HÄLSAN (L 1 § 2 mom.)

26 Förutsättningar för avbrytande av sökandens havandeskap (Ifylls endast när grunden är fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.) och havandeskapet varat längre än 12+0 gv)

- 1 föreligger 2 föreligger inte

Motivering (Ifylls alltid om den läkare som är behörig att ge utlåtande inte förordar sökandens ansökan om avbrytande av havandeskap. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)

Bilaga

Sökanden vill att ansökan hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) för beviljande av tillstånd till avbrytande av havandeskapet (L 6 § 2 mom.)

- 1 ja 2 nej

IFYLLS AV LÄKARE SOM LÄMNAR UTLÅTANDE TILL TILLSTÅNDS- OCH TILLSYNSVERKET FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

27 Förutsättningar för avbrytande av sökandens havandeskap

- 1 föreligger och havandeskapet har varat över 12+0 gv men högst 20+0 gv (12+1–20+0 gv) (L 1 § 3 och 4 mom.)
- 2 föreligger, grunden är en konstaterad svår sjukdom eller kroppsskada hos fostret (20+1–24+0 gv) (L 5 a §)
- 3 det föreligger inga lagliga förutsättningar för avbrytande av havandeskapet (12+1–24+0 gv)

Motivering (Ifylls alltid om läkaren inte förordar avbrytande av sökandens havandeskap. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)

Bilaga

28 Adress till vilken beslutet från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ombeds bli sänt (Verksamhetsenhetens eller sökandens)

LÄKARENS UNDERSKRIFT (Ingreppsläkaren, när havandeskapets längd är ≤ 12+0 gv. Vid medicinsk abort, den läkare som inlett läkemedelsbehandlingen. Den remitterande läkaren, när grunden är fara för hälsan och när det gäller ärenden som avgörs av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården)

29 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant. Den gravida har informerats om innebörden och följderna av avbrytande av havandeskap.			
Ort	Datum	Underskrift	
Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Namnförtydligande	Identifikationskod

IFYLLS AV INGREPPSLÄKAREN, NÄR GRUNDEN ÄR FARA FÖR HÄLSAN (L 1 § 2 MOM.) (Vid medicinsk abort av den läkare som inlett läkemedelsbehandlingen)

30 Havandeskapets längd (Bästa uppskattning vid tidpunkten för bedömning) (Ifylls endast när grunden är fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.) och havandeskapet varat längre än 12+0 gv) veckor dagar datum för när bedömningen gjordes _____ + _____	31 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på <input type="checkbox"/> 3 ultraljudsundersökning <input type="checkbox"/> 2 införande av embryo/insemination
32 Förutsättningar för avbrytande av sökandens havandeskap (Ifylls endast när grunden är fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.) och havandeskapet varat längre än 12+0 gv) <input type="checkbox"/> 1 Jag instämmer i det utlåtande ovan från läkaren med behörighet att ge utlåtande som förordar avbrytande av havandeskapet. <input type="checkbox"/> 2 Jag instämmer inte i utlåtandet ovan från läkaren med behörighet att ge utlåtande. Motivering (Ifylls alltid om ingreppsläkaren inte förordar sökandens ansökan om avbrytande av havandeskap. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)	
<input type="checkbox"/> Bilaga	

Sökanden vill att ansökan hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) för beviljande av tillstånd till avbrytande av havandeskapet (L 6 § 2 mom.)	
<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nej

33 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant. Den gravida har informerats om innebörden och följderna av avbrytande av havandeskap.			
Ort	Datum	Underskrift	
Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Namnförtydligande	Identifikationskod

34 Adress till vilken beslutet från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ombeds bli sänt (Verksamhetsenhetens eller sökandens)
