

ANMÄLAN OM

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

PERSONUPPGIFTER (punkterna 1-4)

1 Personbeteckning	2 Civilstånd		
	<input type="checkbox"/> 1 ogift	<input type="checkbox"/> 3 samboförhållande	<input type="checkbox"/> 5 änka
	<input type="checkbox"/> 2 gift	<input type="checkbox"/> 4 hemskild	<input type="checkbox"/> 6 frånskild
			<input type="checkbox"/> 7 registrerat parförhållande
			<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter
3 Hemkommun nummer _____ namn _____ och/eller _____			4 Bor med sin partner <input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nej <input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter

TIDIGARE HAVANDESKAP (punkterna 5-6)

5 Antal tidigare havandeskap
 förlossningar _____ levande födda _____ dödfödda _____ barn vid liv _____ missfall _____ avbrytanden av havandeskap _____
 9 inga uppgifter

6 Utgång av senaste tidigare havandeskap (som anges under punkt 5)
 år _____ 1 förlossning 2 missfall 3 avbrytande av havandeskap 9 inga uppgifter

AVBRYTANDE AV HAVANDESKAP (punkterna 7-19)

7 Preventivmetod som användes när det aktuella havandeskapet inleddes (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"/> 13 planerad graviditet
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<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 (den gravida)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter
		<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____	

8 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"/> 14 graviditet planeras
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<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 (den gravida)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 18 ingen planerad prevention
		<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter

9 Uppgifter om misslyckad åtgärd för avbrytande av havandeskap eller fosterreduktion tidigare under det aktuella havandeskapet (Ifylls vid behov)

<input type="checkbox"/> 1 medicinsk abort	<input type="checkbox"/> 2 vakuumaspiration	<input type="checkbox"/> 3 fosterreduktion	
Datum för den misslyckade åtgärden _____	Havandeskapets längd (på ingreppsdagen): veckor _____ + dagar _____	Numret för den verksamhetsenhet där den misslyckade åtgärden genomfördes _____ och/eller _____	Namnet på den verksamhetsenhet där den misslyckade åtgärden genomfördes _____

10 Beslutet om avbrytande av havandeskapet har fattats av (Ifylls endast om havandeskapet varat längre än 12+0 gy eller om det är fråga om nödabort)

<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"/> 4 nödabort (L 9 §)* (grunder under punkt 11:1 och diagnoser under punkt 12:1)	

11 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.)

- 0 Havandeskapets längd 12+0 gv eller mindre (L 1 § 1 mom.)
- 1 Sjukdom, kroppsskada eller svaghet medför fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.)*
- 2 Levnadsförhållandena och övriga omständigheter orsakar avsevärd belastning (L 1 § 3 mom. 1 punkten)
- 3 Sexualbrott (L 1 § 3 mom. 3 punkten)
- 4 Under 17-åring (< 17 år) vid tidpunkten när havandeskapet inleddes (L 1 § 3 mom. 6 punkten)
- 5 Hade fyllt 40 år (≥ 40 år) vid tidpunkten när havandeskapet inleddes (L 1 § 3 mom. 5 punkten)
- 6 Har fött fyra (≥ 4) barn (L 1 § 3 mom. 5 punkten)
- 7 Risk för svår sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning eller anatomisk avvikelse hos fostret/barnet (L 1 § 3 mom. 4 punkten)*
- 8 Konstaterad svår sjukdom eller anatomisk avvikelse hos fostret (L 5 a §)*
- 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)*

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

ICD-10-koder

- 1 den gravidas diagnoser (L 1 § 2 mom.) _____
- 7/8 fostrets/det väntade barnets diagnoser (L 1 § 3 mom. 4 punkten eller L 5 a §) _____
- 9 föräldrarnas diagnoser (L 1 § 3 mom. 2 punkten) _____

13 Datum för avbrytande av havandeskapet
(Vid medicinsk abort datum för när behandlingen inleddes)

14 Havandeskapets längd
(Bästa uppskattning)

veckor dagar
_____ + _____ (på dagen för aborten)

15 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på

- 3 ultraljudsundersökning
- 2 införande av embryo/insemination

16 Verksamhetsenhet där avbrytandet av havandeskapet genomfördes

nummer namn
_____ och/ eller _____

17 Åtgärden för avbrytande av havandeskapet

- 1 var poliklinisk 2 var dagkirurgisk 3 krävde vård på vårdavdelning

18 Avbrytandet av havandeskapet: åtgärd och övriga förfaranden (Vid behov kan flera alternativ kryssas för)

- 1 Vakuumaspiration
- 2 Vakuumaspiration uppmjukning 21 med prostaglandin 22 med annan substans _____
Prostaglandinet gavs
- 3 Medicinsk abort i 1:a trimestern med antiprogestin och prostaglandin 31 på sjukhuset 32 i hemmet
- 4 Medicinsk abort i 2:a trimestern 41 med antiprogestin och prostaglandin 42 med prostaglandin
- 5 Litet kejsarsnitt
- 6 Fosterreduktion vid flerbördsgraviditet _____ antal levande foster i livmodern före fosterreduktionen _____ antal levande foster i livmodern efter fosterreduktionen
- Orsaken till fosterreduktionen
- 61 konstaterad svår sjukdom eller anatomisk avvikelse hos fostret eller risk för sådana 62 enäggstvillingar (foster ≥ 3) 63 reduktion av antalet foster
- 7 annan, vilken _____

19 Komplikationer (Sådana som kommit till kännedom inom en (1) månad efter det att havandeskapet avbröts. Flera alternativ kan kryssas för)

- 0 inga komplikationer 8 annan komplikation, vilken (ICD-10-koder, utan punkt) komplikation ICD-10-koder
- 1 blödning som inte krävde blodtransfusion _____
- 2 blödning som krävde blodtransfusion _____
- 3 cervixruptur som krävde åtgärder _____
- 4 perforation av livmodern som krävde åtgärder 9 inga uppgifter
- 5 kvarblivna rester av placentan efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet
- 6 äggblåsa och livlöst foster kvarblivna i livmodern efter åtgärden för avbrytande av havandeskapet
- 7 infektion i de inre könsorganen

Postadress: THL / Abortregistret och Steriliseringsregistret, PB 30, 00271 Helsingfors. **Telefon:** 029 524 6000

ANMÄLAN OM

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

PERSONUPPGIFTER (punkterna 1-4)

1 Personbeteckning	2 Civilstånd			
	<input type="checkbox"/> 1 ogift	<input type="checkbox"/> 3 samboförhållande	<input type="checkbox"/> 5 änka	<input type="checkbox"/> 7 registrerat parförhållande
	<input type="checkbox"/> 2 gift	<input type="checkbox"/> 4 hemskild	<input type="checkbox"/> 6 frånskild	<input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter
3 Hemkommun Nummer _____ namn _____ och/eller _____			4 Bor med sin partner <input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nej <input type="checkbox"/> 9 inga uppgifter	

TIDIGARE HAVANDESKAP (punkterna 5-6)

5 Antal tidigare havandeskap (Ifylls endast när det är fråga om sterilisering av kvinna)

förlossningar _____ levande födda _____ dödfödda _____ barn vid liv _____ missfall _____ avbrytanden av havandeskap _____ 9 inga uppgifter

6 Utgång av senaste tidigare havandeskap (som anges under punkt 5) (Ifylls endast när det är fråga om sterilisering av kvinna)

år _____ 1 förlossning 2 missfall 3 avbrytande av havandeskap 9 inga uppgifter

STERILISERING (punkterna 20-30)

20 Preventivmetod som användes innan steriliseringsingreppet (Vid behov kan flera alternativ 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"/> 13 planerad graviditet
<input type="checkbox"/> 2 vaginalring	<input type="checkbox"/> 5 progestinkapslar	<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 (den som begär sterilisering)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 19 inga uppgifter
		<input type="checkbox"/> 12 annan, vilken _____	

21 Tidigare sterilisering (Ifylls endast vid behov)

utförd år _____ 1 misslyckades 2 reverserades år _____

22 Beslutet om sterilisering har fattats av

	Datum för Valviras beslut	Valviras diarienummer
<input type="checkbox"/> 1 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2 två (2) läkare	<input type="checkbox"/> 3 en (1) läkare	<input type="checkbox"/> 5 sterilisering i samband med nödabort (L 6 §)* (diagnoser under punkt 24:4)

23 Grunder för att sterilisering begärs (Steriliseringslagen 283/1970. Vid behov kan flera alternativ kryssas för)

1 Personen har fött tre (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten)

2 Personen har ensam eller tillsammans med sin make/maka (äktenskap eller registrerat parförhållande) sammanlagt tre minderåriga (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten)

3 Personen har fyllt 30 år (≥ 30 år) (L 1 § 2 punkten)

4 Havandeskapet medför fara för personens liv eller hälsa (L 1 § 3 punkten)*

5 Svårigheter med prevention (L 1 § 4 punkten)

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)*

7 En sjukdom eller en annan därmed jämförbar orsak begränsar allvarligt personens förmåga att sköta barn (L 1 § 6 punkten)*

24* Diagnoser (Verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt)		ICD-10-koder
<input type="checkbox"/> 4	personens diagnoser (havandeskapet medför fara för liv eller hälsa, L 1 § 3 punkten och/eller L 6 §)	_____
<input type="checkbox"/> 6	avkomlingens diagnoser (L 1 § 5 punkten)	_____
<input type="checkbox"/> 7	personens diagnoser eller andra orsaker begränsar allvarligt förmågan att sköta barn (L 1 § 6 punkten)	_____
25 Datum för steriliseringsingreppet		26 Steriliseringsingrepp (Under samma vårdperiod)
_____		<input type="checkbox"/> 1 enbart sterilisering
		<input type="checkbox"/> 2 i samband med avbrytande av havandeskap (endast i fråga om den vars havandeskap avbrutits)
		<input type="checkbox"/> 3 i samband med förlossning (endast i fråga om den som fött barnet/ barnen)
27 Sjukhus eller behandlingsenhet där steriliseringen utfördes		28 Steriliseringsingreppet
Nummer _____ och/ namn _____ eller _____		<input type="checkbox"/> 1 var polikliniskt <input type="checkbox"/> 2 var dagkirurgiskt <input type="checkbox"/> 3 krävde vård på vårdavdelning
29 Utfört steriliseringsingrepp		
Steriliseringsingrepp på kvinna		Steriliseringsingrepp på man
<input type="checkbox"/> 1	Sterilisering via laparoskopi	<input type="checkbox"/> 5 Vasektomi
<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 _____	
30 Komplikationer (Endast sådana komplikationer som hänför sig till steriliseringen och som kommit till kännedom inom en (1) månad efter det aktuella steriliseringsingreppet. Flera alternativ kan kryssas för)		
<input type="checkbox"/> 0	inga komplikationer	komplikation _____ ICD-10-koder _____
<input type="checkbox"/> 1	komplikation som krävde åtgärd, vilken (kod utan punkt)	_____
<input type="checkbox"/> 2	annan komplikation, vilken (kod utan punkt)	_____
<input type="checkbox"/> 3	inga uppgifter	

Postadress: THL / Abortregistret och Steriliseringsregistret, PB 30, 00271 Helsingfors. **Telefon:** 029 524 6000