

STERILISERING

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	4 Adress		5 Telefonnummer (Under tjänstetid)
6 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 fränskild <input type="checkbox"/> 9 ingen uppgift			7 Hemkommun och/eller Hemkommunens nummer

ANDRA UPPGIFTER OM SÖKANDEN

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 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 17)			
<input type="checkbox"/> 1 Sökanden förstår innebörden av en sterilisering <input type="checkbox"/> 2 Sökanden är varaktigt oförmögen att förstå innebörden av en sterilisering <input type="checkbox"/> E1 Utredning om intressebevakning			

ANAMNES

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 _____					
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 _____ <input type="checkbox"/> 1 förlossning <input type="checkbox"/> 2 missfall <input type="checkbox"/> 3 avbrytande av havandeskap					
13 Använd preventivmetod (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 som begär sterilisering)	<input type="checkbox"/> 15 akutprevention		
	<input type="checkbox"/> 7 intrauterint hormonpreventivmedel	<input type="checkbox"/> 11 sterilisering (partnern)	<input type="checkbox"/> 17 ingen prevention		
14 Tidigare sterilisering (Ifylls endast vid behov) utförd år _____ <input type="checkbox"/> 1 misslyckades <input type="checkbox"/> 2 reverserades år _____					

UNDERSÖKNINGSRESULTAT

15 Fynd som påverkar steriliseringen, somatisk, psykisk och social status (Tilläggsuppgifter bifogas vid behov som bilaga) undersökningsdatum _____	<input type="checkbox"/> Bilaga
---	---------------------------------

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)

Bilaga

17 Sökandens situation med avseende på havandeskap (Ifylls endast om sökanden är en kvinna)

- 1 sökanden är inte gravid (Gå vidare till punkt 20)
- 2 sökanden är gravid (Även punkterna 18 och 19 ifylls)
- 21 sökanden ämnar föda barnet 22 sökanden ansöker om tillstånd till avbrytande av havandeskapet

Bilaga

18 Havandeskapets längd (Bästa uppskattning vid tidpunkten för bedömning) (Ifylls endast om sökanden är gravid)

veckor dagar datum för när bedömningen gjordes
_____ + _____ _____

19 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på (Ifylls endast om sökanden är gravid)

- 1 menstruationsanamnes 3 ultraljudsundersökning
- 2 införande av embryo/insemination

UPPGIFTER SOM LÄMNATS AV SÖKANDEN

20 Uppgifter som enligt sökanden påverkar avgörandet av ärendet om sterilisering (Vid behov fritt formulerad tilläggsutredning som bilaga)

Bilaga

GRUNDER FÖR ATT STERILISERING BEGÄRS. DIAGNOSER.

21 Sökanden ansöker om tillstånd till sterilisering på följande grunder som föreskrivs i lagen (283/1970) (Vid behov kan flera alternativ kryssas för)

- 1 Personen har fött tre (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten) källa: A journalhandlingar B Mynd. för digitalisering o. befolkningsdata C sökanden själv D annan
- 2 Personen har ensam eller tillsammans med sin make/maka (äktenskap eller registrerat parförhållande) sammanlagt tre minderåriga (≥ 3) barn (L 1 § 1 punkten) källa: A journalhandlingar B Mynd. för digitalisering o. befolkningsdata C sökanden själv D annan
- 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)* 41 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar
- 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 kroppsskada (L 1 § 5 punkten)* 61 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar
- 7 En sjukdom eller en annan därmed jämförbar orsak begränsar allvarligt personens förmåga att sköta barn (L 1 § 6 punkten)* 71 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar

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

- 4 personens diagnoser (havandeskapet medför fara för liv eller hälsa, L 1 § 3 punkten och/eller L 6 §) _____ ICD-10-koder Bilaga
- 6 avkomlingens diagnoser (L 1 § 5 punkten) _____
- 7 personens diagnoser (en sjukdom eller annan orsak begränsar allvarligt förmågan att sköta barn, L 1 § 6 punkten) _____

SÖKANDENS UNDERSKRIFT

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 mina 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.

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

BESLUT OCH MOTIVERING. (Ifylls av remitterande eller annan läkare.)**24 Jag har informerat sökanden om innebörden och följderna av en sterilisering samt om andra möjligheter att förhindra havandeskap.** 1 ja**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.** 1 ja 2 nej

Makens/makans namn: _____

26 Orsak till att maken/makan inte har deltagit i rådgivningen (Vid behov bifogas ett skriftligt utlåtande i ärendet av sökandens make/maka) Bilaga**27 Förutsättningar för sterilisering enligt lagen (283/1970)** (Ifylls alltid. Vid behov ifylls även punkt 28) 1 föreligger på basis av sökandens motivering. 2 föreligger inte på basis av sökandens motivering.**Motivering** (Ifylls alltid om läkaren inte förordar sökandens sterilisering. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.) Bilaga**28 Ansökan om sterilisering hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, om sökanden önskar, eftersom** 1 grunden är att sökandens avkomlingar kan vara behäftade med en svår sjukdom eller ett svårt kroppslyte (L 1 § 5 punkten) 2 grunden är en sjukdom eller annan därmed jämförbar orsak som allvarligt begränsar sökandens förmåga att sköta barn (L 1 § 6 punkten) 3 sökanden på grund av sjukdom är varaktigt oförmögen att förstå innebörden av en sterilisering (L 2 § 1 mom.) 4 lagliga förutsättningar för sterilisering av sökanden inte föreligger (L 4 § 3 mom.)**29 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant**

Ort	Datum	Underskrift	
Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Namnförtydligande	Identifikationskod

Detta beslut är giltigt i ett (1) år efter datumet för undertecknande.**BESLUT OCH MOTIVERING. (Ifylls av ingreppsläkaren)****30 Ifylls endast om ärendet avgörs på grundval av beslut av en (1) läkare (L 1 § 1 eller 2 punkten)****Förutsättningar för sterilisering enligt lagen (283/1970)** (Vid behov ifylls även punkt 32) 1 föreligger på basis av sökandens motivering. 2 föreligger inte på basis av sökandens motivering.**Motivering** (Ifylls alltid om ingreppsläkaren inte förordar sökandens sterilisering. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.) Bilaga**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) 1 Jag instämmer i det läkarutlåtande ovan som förordar sökandens sterilisering. 2 Jag instämmer inte i läkarutlåtandet ovan.**Motivering** (Ifylls alltid om ingreppsläkaren inte förordar sökandens sterilisering. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.) Bilaga**32 Ansökan om sterilisering hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, om sökanden önskar, eftersom** 1 lagliga förutsättningar för sterilisering av sökanden inte föreligger (L 4 § 3 mom.)**33 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant**

Ort	Datum	Underskrift	
Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Namnförtydligande	Identifikationskod