

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"/> 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
 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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 1 den gravidas diagnoser (L 1 § 2 mom.) | _____ |
| <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) | _____ |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 <input type="checkbox"/> 3 ultraljudsundersökning <input type="checkbox"/> 2 införande av embryo/insemination |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 Verksamhetsenhet där avbrytandet av havandeskapet genomfördes nummer namn _____ och/ eller _____ | 17 Åtgärden för avbrytande av havandeskapet <input type="checkbox"/> 1 var poliklinisk <input type="checkbox"/> 2 var dagkirurgisk <input type="checkbox"/> 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