

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"/> 12 muu, mikä _____
<input type="checkbox"/> 2 emätinrengas	<input type="checkbox"/> 5 progestiinikapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi	<input type="checkbox"/> 13 suunniteltu raskaus
<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 sterilointi (raskaana olevan)	<input type="checkbox"/> 15 jälkiehkäisy
	<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 sterilointi (puoliso)	<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"/> 14 raskaus suunnitteilla
<input type="checkbox"/> 2 emätinrengas	<input type="checkbox"/> 5 progestiinikapselit	<input type="checkbox"/> 9 kondomi	<input type="checkbox"/> 16 ei tarvetta ehkäisyyn
<input type="checkbox"/> 3 laastari	<input type="checkbox"/> 6 progestiini-injektio	<input type="checkbox"/> 10 sterilointi (raskaana olevan)	<input type="checkbox"/> 17 ei mitään ehkäisyä
	<input type="checkbox"/> 7 kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> 11 sterilointi (puoliso)	<input type="checkbox"/> 18 ei suunniteltua ehkäisyä
		<input type="checkbox"/> 12 muu, mikä _____	<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 _____	Toimintayksikön nimi, jossa epäonnistunut keskeyttäminen suoritettiin _____
			_____ ja/tai _____

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

	Valviran päätöksen päivämäärä _____	Valviran diaarinumero _____
<input type="checkbox"/> 1 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)		
<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 lääkkityksen 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