

**LOMAKE RASKAUDEN SEURANTAAN PROCYSBI-  
HOIDON JÄLKEEN**

*Vain sisäiseen käyttöön*

<i>Tapausnro</i>	
<i>Saapui:</i>	<i>(pp/kk/vv)</i>

<b>Potilas</b>
<b>Ikä tapahtumahetkellä tai syntymäaika</b> .....
<b>Sairaalan / potilaan tunniste:</b> .....

<b>Kuvaus</b>
.....
.....
<b>Viimeiset kuukautiset</b> <b>alkupäivä</b> <b>päättymispäivä</b> <i>(pp/kk/vv)</i>
.....

<b>Onko positiivinen raskaustesti varmistettu?</b> Jos kyllä, miten testi tehtiin ja miten se varmistettiin? .....	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Jos kyllä, milloin? .....	<i>(pp/kk/vv)</i>
---	--	------------------------------	-------------------

<b>Ehkäisy menetelmä?</b> <b>Käytettiinkö ehkäisyä tarkoituksenmukaisesti?</b> <b>Jos ei, anna lisätietoja</b>	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> ei tietoa
--	---

<b>Onko raskauden aikana tehty esim. seuraavia tutkimuksia: lapsivesitutkimus, ultraääni, äidin seerumin AFP-pitoisuus?</b> Jos kyllä, mitkä tutkimuksen ja mikä oli tulos? .....	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Jos kyllä, milloin? .....	<i>(pp/kk/vv)</i>
---	--	------------------------------	-------------------

<b>Onko aiemmissa potilastiedoissa seuraavia tapahtumia:</b> raskaus <i>Jos kyllä,</i> <input type="checkbox"/> ilmoittakaa tarkemmat tiedot ja raskauden lopputulos	<input type="checkbox"/> raskauden keskeytyminen	<input type="checkbox"/> lapsen syntyminen kuolleena
--	--	--

<b>Anamneesi</b> <b>Perinnölliset sairaudet, tiedossa olevat riskitekijät tai tilat, jotka voivat vaikuttaa raskauden lopputulokseen</b>
---

### Raskauden lopputulos

#### Raskaudenkeskeytyk

kyllä  ei Jos kyllä :  lääkkeellinen  suunniteltu  spontaani Pvm :

Syy ja mahdolliset poikkeavuudet :

#### Synnytys

kyllä  ei Jos kyllä:  alatiesynnytys  pihtisynnytys/imukuppisynnytys  keisarileikkaus

Synnytyksen päivämäärä:

Gestaatioaika viikkoina syntymähetkellä, jos tiedossa:

Äidillä mahdollisesti ilmenneet synnytykseen liittyvät komplikaatiot:

### Tiedot vastasyntyneestä

#### Synnytyksen kuvaus:

normaali  poikkeava \*  kuolleena syntynyt

Sukupuoli:  poika  tyttö

Syntymäpaino:

Pituus :

Päänypäryys:

Apgar-pisteet: 1 minuutti

5 minuuttia

10 minuuttia

\* Mahdolliset poikkeavuudet:

Äidin synnytyslääkäri:

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Postinro: \_\_\_\_\_

Yhteystiedot (sähköposti tai puhelin)

Pvm: \_\_\_\_\_

Ilmoituksen antaja:  lääkäri  farmaseutti

muu: \_\_\_\_\_

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Postinro: \_\_\_\_\_

Allekirjoitu

Yhteystiedot (sähköposti tai puhelin)

Pvm: \_\_\_\_\_

(pp/kk/vv)