

TERATOLOGINEN TIETOPALVELU

PL 790, 00029 HUS

Puh: 09-4717 6500 arkisin klo 9-13

Hyvä asiakkaamme! Tiedustelite raskaudenaikaisesta altistuksesta ja sen mahdollisista sikiövaikutuksista. Pyydämme teitä ystävällisesti täyttämään oheisen seurantalomakkeen **huolellisesti** ja palauttamaan sen raskauden päätyttyä – myös siinä tapauksessa, että ette käyttäneet lääkettä tai ette altistunut kysymällemme aineelle. Kaikki tiedot käsitellään nimettöminä ilman henkilötietoja.

Annan luvan käyttää lomakkeen tietoja tutkimustarkoitukseseen	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
---	--

1. RASKAUS
Raskaus alkoi
 Spontaanisti Hormonihoito IVF ICSI Muu, mikä? _____

Viimeiset kuukautiset (pv.kk.v) _____

Laskettu aika (UÄ mukaan) (pv.kk.v) _____

Sikiötutkimukset

Ultraäänitutkimus raskausviikolla _____ ; _____ ; _____ ; _____

 Tulos normaali Tulos poikkeava, miten: _____

Muita mahdollisia sikiötutkimuksia
 Istukkabiopsia raskausviikolla _____

 Lapsivesitutkimus raskausviikolla _____

 Tulos normaali Tulos poikkeava, miten: _____

 Tulos normaali Tulos poikkeava, miten: _____

 Muu tutkimus, mikä _____

Raskausviikolla _____

 Tulos normaali Tulos poikkeava, miten: _____

Raskaus päättyi
 Synnytykseen Keskenmenoon Keskeytykseen

Raskauden päättymispäivä (pv.kk.v) _____ Raskausviikot raskauden päättyessä _____

Jos raskauden keskeytys, syy:

 Sikiöllä riski olla sairas, miksi: _____

 Sikiöllä todettu poikkeavuus, mikä: _____

 Sosiaaliset syyt

 Äidin sairaus

 Muu syy (esim. ikä)

Esiintyikö raskauden aikana ongelmia:
 Raskauspahoivointia raskausviikoilla _____

 Verenvuotoa raskausviikoilla _____

 Raskausajan diabetes raskausviikolta _____

 Lääkehoito, mikä lääke _____

 Dieettihoito

 Verenpaine yli 140/90 raskausviikolta

 Ei valkuaista virtsassa

 Valkuaista virtsassa

Muita ongelmia, mitä: _____

Raskauden aikana käytetyt lääkkeet

Lääkkeen nimi (tai muu altistus, esim. rokotus tai säteily)	Annos (esim. 5 mg 3 x päivässä)	Ajankohta (päivämäärät tai raskausviikot)	Lääkehoidon syy

Foolihappolisä
 Alkoi ennen raskautta

Montako viikkoa ennen _____

Annos (mikrogr/pv) _____

 Alkoi raskauden jo alettua

Raskausviikolla _____

Annos (mikrogr/pv) _____

 Foolihappolisä ei ollut käytössä ensimmäisten 12 raskausviikon aikana

Raskauden aikainen tupakointi, alkoholin ja huumeiden käyttö

Tupakointi

 Ei

 Kyllä, raskausviikoilla _____

Savukkeita päivässä _____

Alkoholi

 Ei

 Kyllä, raskausviikoilla _____

Annoksia viikossa _____

Huumeet

 Ei

 Kyllä, raskausviikoilla _____

Mitä huumeita _____

2. SYNNYTYS

<input type="checkbox"/> Normaali alatie	<input type="checkbox"/> Imukuppi	<input type="checkbox"/> Pihti	<input type="checkbox"/> Perätilasynnytys	<input type="checkbox"/> Keisarinleikkaus
<input type="checkbox"/> Käynnistyi itsestään	<input type="checkbox"/> Käynnistettiin			
Jos toimenpide (esim. käynnistys, imukuppi, keisarinleikkaus), syy:				
Synnytyksen kesto (tunnit)				
Kotiutuminen				
<input type="checkbox"/> Normaalisti	<input type="checkbox"/> Viivästyi lapsen vuoksi, syy:			
Kotiutuminen tapahtui (pv.kk.v)	<input type="checkbox"/> Viivästyi äidin vuoksi, syy:			

3. LAPSI

Lapsi syntyi	Sukupuoli	
<input type="checkbox"/> Elävänä	<input type="checkbox"/> Kuolleena	<input type="checkbox"/> Poika <input type="checkbox"/> Tyttö <input type="checkbox"/> Epäselvä/ei tietoa
Lapsen syntymämitat		
Paino (g)	Päänympärys (cm)	Pituus (cm)
Jos kaksosraskaus		
Paino (g)	Päänympärys (cm)	Pituus (cm)
Oliko vastasyntyneellä ongelmia?	Jos ongelmia, mitä	
<input type="checkbox"/> Ei ongelmia <input type="checkbox"/> Oli ongelmia	<input type="checkbox"/> Hengitysvaikeudet	<input type="checkbox"/> Matala verensokeri <input type="checkbox"/> Keltaisuus
Muita ongelmia:		
Hoidettiin lasta?		
<input type="checkbox"/> Valvontayksikössä	<input type="checkbox"/> Tehohoidossa	
Jos hoidettiin, miksi:		
Apgar pisteet		
1 min	5 min	10 min
Todettiin epämuodostumia?		
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	
Jos todettiin, mitä:		
Koska lapsi kävi viimeksi neuvolalääkäriässä (pv.kk.v)		
Lapsen ikä silloin		
Todettiin silloin poikkeavaa?		
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	
Jos poikkeavaa, mitä:		

4. ÄITI

Äidin syntymävuosi	Ammatti	Työtehtävä
Oliko äiti töissä raskauden aikana	<input type="checkbox"/> Kyllä, raskausviikolle	<input type="checkbox"/> Ei
Lomakkeen palautuspäivämäärä (pv.kk.v)		
Lomakkeen täytti: <input type="checkbox"/> Äiti <input type="checkbox"/> Lääkäri <input type="checkbox"/> Terveystoimittaja <input type="checkbox"/> Muu		
KIITOS AVUSTANNE! Saammeko ottaa yhteyttä jälkikäteen tarvittaessa tietojen tarkistamiseksi?		
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		

Asiakaspalautte on meille tärkeää palvelun kehittämiseksi

Lapsi syntyi	<input type="checkbox"/> Erittäin tyytyväinen	<input type="checkbox"/> Tyytyväinen	<input type="checkbox"/> Tyytymätön	<input type="checkbox"/> Erittäin tyytymätön	<input type="checkbox"/> En osaa sanoa
Perustelut:					