

**Esitietolomake terveys- ja hoitosuunnitelmaa varten**

Sinulle on varattu vastaanottoaika: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ klo \_\_\_\_\_

Tätä täyttämääsi esitietolomaketta käytetään apuna, kun laadimme yhdessä sinulle terveys- ja hoitosuunnitelman. Terveys- ja hoitosuunnitelman tarkoitus on olla sinulle tukena oman terveytesi ylläpitämisessä ja sairauksien omahoidossa. Kyselyssä on myös vapaita kysymyksiä ja toivomme, että kerrot mieltäsi painavista asioista, jotta voimme ottaa tilanteesi kokonaisvaltaisesti paremmin huomioon. Ota tämä esitietolomake ja viimeaikaiset kotiseurannat (esim. verenpaine, verensokeri, PEF, paino) mukaan käynnille.

Nimi:		Syntymäaika:	
Lomakkeen täytössä avusti:		Päivämäärä:	
<b>Sairastan:</b>			
Jompikumpi vanhemmista on sairastanut sydäninfarktin? Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En tiedä <input type="checkbox"/>			
Jompikumpi vanhemmista on sairastanut aivohalvauksen? Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En tiedä <input type="checkbox"/>			
<b>Asuminen:</b>			
Kerrostalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Paritalo/omakotitalo <input type="checkbox"/> palvelutalo <input type="checkbox"/>			
Muu <input type="checkbox"/> Mikä?			
Kuvaa asumistasi tarkemmin (esim. asutko yhdessä jonkun kanssa):			
<b>Työtilanne / toimeentulo:</b>			
Opiskelija <input type="checkbox"/> Työssä <input type="checkbox"/> Työtön <input type="checkbox"/> Eläkkeellä <input type="checkbox"/>			
Muu <input type="checkbox"/> Mikä?			
Sairaslomalla <input type="checkbox"/> Kuntoutustuella <input type="checkbox"/> Tarkenna ajanjakso:			
<b>Oma arvio voinnistani:</b>			
<b>Tähän toivon muutosta:</b>			
<b>Näin voisin edistää omaa vointiani:</b>			

<b>Tällaista tukea toivon saavani:</b>
<b>Tehdyt leikkaukset / tähystystutkimukset ja vuosi:</b>
<b>Allergiat</b> (lääkeaine, ruoka-aine ym.):

<b>Nikotiinituotteet, alkoholi ja muut päihteet:</b>
Tupakoin: En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> savuketta vuorokaudessa Lopettanut <input type="checkbox"/> Vuonna:
Käytän muita nikotiinituotteita (esim. nuuska, nikotiinipussi tai sähkötupakka): En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Mitä ja kuinka paljon?
Käytän alkoholia: En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> annosta viikossa (1 annos = 0,33 l keskiolut / 0,12 cl viiniä / 4 cl väkeviä)
Käytän muita päihteitä (esim. huumeita): En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> mitä?
Koen haasteita päihteiden käytössä tai muiden riippuvuuksien (esim. huumeet ja rahapelaaminen) hallinnassa: En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>
Läheiseni ovat olleet huolissaan jostain edellä mainitusta: Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>

<b>Paino:</b>	<b>Pituus:</b>
<b>Muut hoitavat tahot</b> (esim. yksityislääkäri, työterveyshuolto, mielenterveyskeskus, TAYS):	

<b>Apuvälineet</b>
Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> mitä?
<b>Avun tarve</b> (esim. peseytyminen, siivous, laskujen maksaminen, kaupassa käyminen):

<b>Harrastukset ja liikunta:</b>
----------------------------------

<b>Syöminen</b>
Aamupala <input type="checkbox"/> Lounas <input type="checkbox"/> Välipala <input type="checkbox"/> Päivällinen <input type="checkbox"/> Iltapala <input type="checkbox"/>
Syömisessäni on hyvää:
Syömisessäni on kehitettävää:
Olen käynyt suuhygienistin tai hammaslääkärin tutkimuksessa / tarkastuksessa viimeisen kahden vuoden aikana (pois lukien päivystysluonteiset käynnit):    En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>
Olen kokenut suuni tai hampaideni terveydentilassa fyysistä (esim. kipu), psyykkistä tai sosiaalista haittaa viimeisen kuukauden aikana:    En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>

<b>Uni</b>
Nukun mielestäni riittävän hyvin:    En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>
Haluaisin keskustella seuraavista uneen liittyvistä asioista:

<b>Mielen hyvinvointi</b>
Elämäni tuo iloa / auttaa jaksamaan arjessa:
Minua huolestuttaa tai omahoitoani haittaa:

<b>Seksuaalisuus ja seksuaaliterveys</b> (täytä itseäsi koskevat kohdat)	
Viimeisin gynekologinen tarkastus:	Eturauhasvaivat:  Erektiohäiriöt:
Viimeisin papa-seulonta:	
Viimeisin mammografia:	
Haluaisin keskustella:	

<b>Käydyt kuntoutukset</b> (esim. lääkinnällinen kuntoutus tai kuntoutuspsykoterapia):
--

<b>KÄYTÖSSÄNI OLEVAT LÄÄKKEET</b>			
Lääke ja sen vahvuus Esim. Atorvastatin 20 mg	Annos 1 tabl x 1	Käyttötarkoitus korkeaan kolesteroliin	Rasti, mikäli käytän lääkettä vain tarvittaessa
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

<b>ITSEHOITOLÄÄKKEET JA LUONTAISTUOTTEET</b>			
Lääke ja sen vahvuus	Annos	Käyttötarkoitus	
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>