

Esitietolomake ehkäisyn aloitusta ja seurantaa varten

Täytä ja tulosta lomake. Tuo täytetty lomake mukanas käynnille.

Päivämäärä

Henkilötiedot

Nimi:
Henkilötunnus:
Puhelinnumero:

Terveydentila

	Kyllä	Ei	Lisätietoja
Pysyvä tai pitkäkestoinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Säännöllinen lääkitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migreeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aurallinen migreeni tai päänsärky, jossa näköoireita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tukostaipumus (hyytymistekijähäiriö)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laskimotukos (esim. keuhkoveritulppa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aivoverenkiertohäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sepelvaltimotauti tai sydänkohtaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rintasyöpä tai gynekologinen syöpä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Iho-ongelmat, mm. akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lääke- ja lääkeaineallergiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ruoka-aineallergia, esim. soija-allergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Omega 3 -valmisteiden käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mäkikuismaa sisältävien valmisteiden käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Suvun sairaudet (vanhemmat ja sisarukset, isovanhemmat, vanhempien sisarukset)

	Kyllä	Ei	Ei tietoa	Lisätietoja (mitä, kenellä, ikä)
Tukostaipumus (hyytymistekijähäiriö)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laskimotukos (esim. keuhkoveritulppa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aivoverenkiertohäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sepelvaltimotauti tai sydänkohtaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rintasyöpä tai gynekologinen syöpä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nikotiinituotteet ja päihteet

	Kyllä	Ei	Lisätietoja (laatu ja määrä)
Tupakka, nuuska, sähkötupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kannabis tai muut huumeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kuukautiset

Alkamisikä	vuotta		
Viimeisten kuukautisten alkamispäivä			
Kierron pituus	päivää (lasketaan ensimmäisestä vuotopäivästä seuraavien kuukautisten ensimmäiseen vuotopäivään)		
Vuodon kesto	päivää		
Vuodon määrä	<input type="checkbox"/> Niukka <input type="checkbox"/> Tavanomainen	<input type="checkbox"/> Runsas <input type="checkbox"/> Tarvitsen apua	
Kuukautiskivut	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Miedot <input type="checkbox"/> Melko voimakkaat	<input type="checkbox"/> Voimakkaat <input type="checkbox"/> Tarvitsen apua	
Kuukautiskipulääkitys	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Mikä lääke, kuinka usein ja millä annoksella?	

Aikaisempi ehkäisy

Aikaisempi hormonaalinen ehkäisy	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Lisätiedot (valmiste, sopivuus, käyttöaika, sivuoireet):
Jälkiehkäisy	Montako kertaa	Milloin viimeksi

Toivomasi ehkäisyvalmiste

Toivomasi ehkäisyvalmiste	<input type="checkbox"/> Nykyinen jatkuu <input type="checkbox"/> Yhdistelmäpilleri <input type="checkbox"/> Minipilleri <input type="checkbox"/> Ehkäisyalaastari <input type="checkbox"/> Ehkäisyrengas	<input type="checkbox"/> Kapseli <input type="checkbox"/> Hormonikierukka <input type="checkbox"/> Kuparikierukka <input type="checkbox"/> Kondomi
---------------------------	---	---

Seksuaaliterveys

Raskaudet	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Määrä, vuodet
Synnytykset	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Määrä, vuodet, alatiesynnytys vai sektio
Keskenmenot	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Määrä, vuodet
Raskauden keskeytykset	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Määrä, vuodet
Sairastetut seksitaudit	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Milloin, mikä
Seksitauti hoidettu ja testattu hoidon jälkeen	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Milloin, mitkä
HPV-rokote	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Vuosi, annokset
Gynekologinen tutkimus tehty	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Milloin
Oletko osallistunut kohdunkaulasyövän seulontaan (HPV tai Papa)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Milloin, tulos
Gynekologiset sairaudet	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Milloin, mikä
Gynekologisia oireita tai ongelmia (kutina, kirvely, yhdyntäkivut)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Lisätietoja
Osaatko tutkia rintasi?	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Lisätietoja

Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset

Oletko kokenut seksuaalista häirintää tai väkivaltaa?	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Lisätietoja
Haluatko keskustella jostain seksiin, seksuaalisuuteen tai ehkäisyyn liittyvästä asiasta?	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Lisätietoja
Onko sinulle tehty ympärileikkaus (toimenpide sukuelinten alueelle kulttuurisista tai muista eiläketieteellisistä syistä)?	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Lisätietoja

**Tutkimukset *Mittaathan verenpaineen etukäteen kotona tai terveydenhuollon
mittauspisteessä**

Pituus	
Paino	
Verenpaine*	

Omat toiveet ja lisätiedot

--