

Neuvolan tehtävänä on lapsen kehityksen ja kasvun seurannan lisäksi vanhempien ja huoltajien hyvinvoinnin edistäminen sekä kasvatustyön ja turvallisen kasvuympäristön tukeminen. Vanhempien ja koko perheen hyvinvointi ja elintavat vaikuttavat lapsen arkeen ja elämään. Tämän johdosta neuvolassa kysytään myös vanhempien hyvinvointiin liittyviä tekijöitä ja käydään keskustelua perheen kokonaistilanteesta.

Toivomme teidän täyttävän tämän lomakkeen ja ottavanne sen mukaanne neuvolakäynnille. Lapsen asuessa kahdessa kodissa voidaan kummassakin täyttää oma lomake. Keskustelemme lomakkeen aiheista terveystarkastuksessa. Vastauksenne auttavat suuntaamaan tarkastusta perheenne tarpeiden ja toiveiden mukaiseksi.


Lomakkeen täyttäminen ja jokaiseen yksittäiseen kysymykseen vastaaminen on vapaaehtoista. Antamanne tiedot ovat luottamuksellisia, ja terveydenhuollon salassapitosäädökset koskevat niitä. Terveystarkastuksesta tehdään kirjaukset potilasasiakirjoihin, minkä jälkeen tämä lomake hävitetään. Neuvolan asiakirjat ovat osa hyvinvointialueen potilasrekisteriä.

Perustiedot	
Lapsen nimi	
Lapsen henkilötunnus	
Lapsen äidinkieli	
Muut perheessä puhuttavat kielet	
Vanhempien / Huoltajien nimet	
Vanhempien / Huoltajien puhelinnumero(t)	
Lapsi asuu	
<input type="checkbox"/>	molempien vanhempien kanssa
<input type="checkbox"/>	toisen vanhemman kanssa (kuvaava asumisjärjestelyt tarkemmin)
<input type="checkbox"/>	vuoroasuminen (kuvaava asumisjärjestelyt tarkemmin)
<input type="checkbox"/>	muu järjestely (kuvaava asumisjärjestelyt tarkemmin)
Muutokset perheen rakenteessa	
<input type="checkbox"/>	ei muutoksia
<input type="checkbox"/>	avo-/avioero (yhteishuoltajuus / yksinhuoltajuus, minä vuonna muutos tapahtunut)
<input type="checkbox"/>	uusi avo-/avioliitto
<input type="checkbox"/>	muu, mikä? (kuvaava tarkemmin)

Lapsen sisarukset ja heidän syntymävuodet	
Muut perheeseen tai samaan talouteen kuuluvat henkilöt	
Arjen sujuminen	
Onko lapsi päivähoitossa	
<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> päiväkot
<input type="checkbox"/> perhepäiväkoti	<input type="checkbox"/> hoitajan kotona
Viihtyykö lapsesi päivähoitossa	
<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
<input type="checkbox"/> en osaa sanoa	
Millaisena koet lapsen terveydentilan	
Onko lapsellanne jokin pitkäaikainen (fyysinen tai psyykinen) oire, sairaus tai vamma	
<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä
Mitä oireita, sairauksia tai vammoja lapsellanne on	
Lapsenne nykyiset hoidot	
Mitkä tahot vastaavat hoidosta	
Lapsenne mahdolliset rajoitteet	
Onko lapsellanne jokin erityisruokavalio	
Onko lapsellanne allergioita	

Käyttääkö lapsenne jatkuvasti jotain lääkettä	
<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä
Mitä jatkuvia lääkkeitä lapsenne käyttää	
Mitä hyvää perheenne terveystottumuksissa (uni, ravitsemus, aktiivisuus, median käyttö) on?	
Mitä parannettavaa perheenne terveystottumuksissa (uni, ravitsemus, aktiivisuus, median käyttö) on?	
Lapseni hampaat harjataan fluorihammastahnalla	
<input type="checkbox"/> ei lainkaan	
<input type="checkbox"/> harvemmin kuin kerran päivässä	
<input type="checkbox"/> kerran päivässä	
<input type="checkbox"/> 2 kertaa päivässä	
<input type="checkbox"/> useammin kuin 2 kertaa päivässä	
Miten arkenne sujuu? Miten perheessänne on tapana viettää yhteistä aikaa?	
Mitkä asiat lapsessasi ilahduttavat sinua?	
Millaisena koet lapsesi kasvun ja kehityksen? Onko sinulla jotakin huolia lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyen?	
Onko lapsen tai perheen arki muuttunut jollain tapaa viimeisen puolen vuoden aikana?	
Millaisena koet oman jaksamisesi perhearjessa?	

Vanhemman parisuhde / kumppanuussuhde				
Neuvolan tehtävänä on tukea vanhemmuutta lapsen hyvässä huolenpidossa ja parisuhteen hoitamisessa. Vanhemman parisuhde / kumppanuussuhde vaikuttaa vanhemman voimavaroihin, joten sen vuoksi neuvolassa kysytään myös vanhemman lähisuhteiden tilaa.				
Oletko parisuhteessa / kumppanuussuhteessa?				
<input type="checkbox"/>	kyllä			
<input type="checkbox"/>	ei			
	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Välillämme on hyvä keskusteluyhteys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meillä on riittävästi yhteistä aikaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen tyytyväinen seksuaalielämäämme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suhteemme on läheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen tyytyväinen parisuhteeseeni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotityöt jaetaan perheessämme oikeudenmukaisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuorottelemme aika ajoin lapsen hoidossa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyrimme tekemään mukavia asioita yhdessä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanhemman päihteiden käyttö				
Vanhemman päihteiden käyttö voi vaikuttaa myös lapsen terveyteen ja hyvinvointiin, ja siksi neuvolassa kartoitetaan näitä tekijöitä.				
Perheessämme käytetään nikotiinituotteita.				
<input type="checkbox"/>	ei			
<input type="checkbox"/>	kyllä			
Mitä nikotiinituotteita perheessänne käytetään				
<input type="checkbox"/>	tupakka	<input type="checkbox"/>	sähkötupakka	
<input type="checkbox"/>	nikotiinipussi	<input type="checkbox"/>	nuuska	
<input type="checkbox"/>	nikotiinin korvaustuote			
Kuka perheessänne käyttää nikotiinituotteita				
<input type="checkbox"/>	minä	<input type="checkbox"/>	joku muu perheenjäsen	
Altistuuko lapsesi tupakansavulle				
<input type="checkbox"/>	ei	<input type="checkbox"/>	kyllä	
Perheessämme käytetään alkoholia				
<input type="checkbox"/>	ei	<input type="checkbox"/>	kyllä	
Kuka perheessänne käyttää alkoholia				
<input type="checkbox"/>	minä	<input type="checkbox"/>	joku muu perheenjäsen	
Vastaamalla AUDIT-testin kysymyksiin saat monipuolisen kuvan juomiseen mahdollisesti liittyvistä riskeistä ja haitoista. Valitse se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa omaa tilannettasi. Testin kysymykset koskevat viimeksi kulunutta vuoden jaksoa.				

AUDIT-kysely	
1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ota mukaan myös ne kerrat, jolloin juot vain pieniä määriä, esimerkiksi pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.	
<input type="checkbox"/>	En koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa tai harvemmin (1 p)
<input type="checkbox"/>	2–4 kertaa kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	2–3 kertaa viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	4 kertaa viikossa tai useammin (4 p)
2. Kuinka monta alkoholiannosta tavallisesti otat niinä päivinä, jolloin juot alkoholia?	
<input type="checkbox"/>	1–2 annosta (0 p)
<input type="checkbox"/>	3–4 annosta (1 p)
<input type="checkbox"/>	5–6 annosta (2 p)
<input type="checkbox"/>	7–9 annosta (3 p)
<input type="checkbox"/>	10 annosta tai enemmän (4 p)
<p>Yksi alkoholiannos (= 12 grammaa) on:</p>  <p>Pieni pullo tai tölkki (33 cl) keskiolutta tai siideriä Lasi (12 cl) mietoa viiniä Pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä Ravintola-annos (4 cl) väkeviä</p>	
3. Kuinka usein juot yhdellä juomakerralla kuusi tai useampia alkoholiannoksia?	
<input type="checkbox"/>	En koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
4. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle on käynyt niin, että et ole pystynyt lopettamaan alkoholin juomista, kun kerran olit sen aloittanut?	
<input type="checkbox"/>	Ei koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
5. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulta on juomisesi vuoksi jäänyt hoitamatta jokin asia joka sinun tavallisesti olisi kuulunut hoitaa?	
<input type="checkbox"/>	Ei koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)

AUDIT-kysely	
6. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tarvinnut runsaan juomisen jälkeisenä aamuna annoksen alkoholia saadaksesi itsesi liikkeelle.	
<input type="checkbox"/>	En koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
7. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen	
<input type="checkbox"/>	En koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
8. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle on käynyt niin, että et ole seuraavana päivänä pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia, koska olit juonut alkoholia?	
<input type="checkbox"/>	Ei koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
9. Oletko itse tai onko joku muu vahingoittunut alkoholinkäyttösi vuoksi?	
<input type="checkbox"/>	Ei (0 p)
<input type="checkbox"/>	Kyllä, mutta ei viimeisen kuluneen vuoden aikana (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana (4 p)
10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu terveydenhuollon työntekijä ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?	
<input type="checkbox"/>	Ei (0 p)
<input type="checkbox"/>	Kyllä, mutta ei viimeisen kuluneen vuoden aikana (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana (4 p)
Pisteet yhteensä	
0–7 pistettä: Alkoholinkäyttö on hallinnassa	
8–13 pistettä: Alkoholinkäyttö on runsasta	
14 pistettä tai yli: Päihderiippuvuus on todennäköinen. Alkoholinkäyttöä on vähennettävä.	

Perheessämme käytetään huumaavia aineita (lääkkeet, huumeet)	
<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä
Kuka perheessänne käyttää huumaavia aineita	
<input type="checkbox"/> minä	<input type="checkbox"/> joku muu perheenjäsen
Lähisuhdeväkivallan kartoitus	
Neuvolassa kysytään lähisuhdeväkivallasta vanhemmalta aina lapsen laajan terveystarkastuksen yhteydessä tai uudessa asiakkuudessa.	
Ilmeneekö perheessänne perheväkivaltaa tai psyykkistä ja/tai fyysistä kaltoinkohtelua	
<input type="checkbox"/> ei / ei tiedossa	<input type="checkbox"/> sisarusten välillä
<input type="checkbox"/> kyllä, lapsiin kohdistuvaa	
Seuraavat kysymykset on kohdistettu lomaketta täyttävälle vanhemmalle	
Onko sinuun kohdistunut lähisuhteissasi jossakin elämänvaiheessa fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?	
<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Vaikuttaako kokemasi väkivalta edelleen terveyteesi, hyvinvointiisi tai elämänhallintaasi?	
<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Onko lähisuhteissasi tällä hetkellä fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?	
<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Perheen voimavarat	
Perheellenne voimia antavat asiat:	
Perhettämme kuormittavat asiat:	
Haluan kertoa lisäksi:	
Toiveita terveystarkastuksen suhteen:	