**HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT** Täytä lomake huolellisesti ja muista allekirjoitus

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etu- ja sukunimi** | **Henkilötunnus** | **Osoite** |
| **Puhelinnumero josta sinut tavoittaa** | | |
| **Maksaja** | | |
| **Sähköposti** | | |

**TERVEYSTIEDOT JA FYYSINEN KUNTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pituus ja Paino | Onko sinulla lääkeaineyliherkkyyksiä? *Mille, mitä oireita?*  ☐ Kyllä ☐ Ei | | |
| Erityisruokavalio Mikä?  ☐ Kyllä ☐ Ei | Oletko allerginen? (esim. heinänuha, siitepöly, ruoka-aine)?  ☐ Kyllä ☐ Ei Mille*/mitä oireita?* | | |
| Käytätkö huumausaineita?  ☐ Kyllä ☐ Ei | Tupakoitko?  ☐ Kyllä ☐ Ei | Savuketta/vrk | Lopettanut, milloin*?* |
| Kuinka monta alkoholiannosta käytät viikossa keskimäärin? | | Oletko raskaana? ☐ Kyllä ☐ Ei  Viimeisten kuukautisten alkamispäivä? | |
| Harrastatko kuntoliikuntaa?  ☐ Kyllä ☐ Ei Alle 2,5 h/vko ☐ 2,5 – 5 h/vko ☐ Yli 5 h/vko ☐ | | | |
| Kuinka pitkän matkan pystyt kävelemään pysähtymättä (tasamaata)?  ☐Alle 100m ☐ Enemmän kuin 100m ☐ Vähemmän kuin 1 km ☐ Enemmän kuin 1 km | | | |
| Montako kerrosväliä rappusia pystyt nousemaan pysähtymättä?  ☐ Ei yhtään ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ yli 3 | | | |
| Rajoittaako liikkumista  ☐ Rintakipu ☐ Alaraajakipu ☐ Hengenahdistus Muu ☐ *Mikä?* | | | |
| Onko voinnissasi tapahtunut muutoksia viime kuukausina? *Mitä?*  ☐ Kyllä ☐ Ei | | | |

**SAIRAUDET**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Synnynnäinen sydänvika  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* | | Reuma  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* |
| Sydämen läppävika?  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* | | Maksasairaus  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* |
| Sepelvaltimotauti  ☐ Kyllä ☐ Ei | | Munuaissairaus  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* |
| Sydämen vajaatoiminta  ☐ Kyllä ☐ Ei | | Kilpirauhassairaus  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* |
| Sydänveritulppa  ☐ Kyllä ☐ Ei *Vuonna?* | | Diabetes  ☐ Kyllä ☐ Ei *Vuodesta?* |
| Rytmihäiriö  ☐ Kyllä ☐ Ei | | Lihassairaus  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* |
| Aivoveritulppa  ☐ Kyllä ☐ Ei *Vuonna?* | | Epilepsia  ☐ Kyllä ☐ Ei |
| Aivoverenvuoto  ☐ Kyllä ☐ Ei*Vuonna?* | | Muu neurologinen sairaus  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* |
| Laskimoveritulppa  ☐ Kyllä ☐Ei *Vuonna?* | | Psyykkinen sairaus  ☐ Kyllä ☐Ei *Mikä?* |
| Keuhkoveritulppa  ☐Kyllä ☐ Ei | | Ylipaino  ☐ Kyllä ☐ Ei |
| Verenpainetauti  ☐Kyllä ☐ Ei | | Laihtuminen  ☐ Kyllä ☐ Ei |
| Muu sydän – verisuonitauti  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* | | Heikentynyt kuulo  ☐ Kyllä ☐ Ei |
| Verenvuototaipumus  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* | | Anemia  ☐ Kyllä ☐ Ei |
| Muu verisairaus  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* | | Uniapnea  ☐ Kyllä ☐ Ei |
| Astma  ☐ Kyllä ☐ Ei | | Keuhkoahtaumatauti  ☐ Kyllä ☐ Ei |
| **Etu- ja sukunimi** | **Henkilötunnus** | |
| Muu keuhkosairaus  ☐ Kyllä ☐ Ei *Mikä?* | | |

**SAIRAUDET**

|  |  |
| --- | --- |
| Hampaiston kunto  ☐ Hyvä ☐ Huono ☐ Hoito meneillään | Viimeinen hammaslääkärillä käynti (kk/vuosi) |
| Onko sinulla ollut jokin eristystä vaativa virus tai bakteeri (MRSA, ESBL, VRE yms.)?  ☐ Kyllä ☐ Ei | |
| Oletko ollut sairaalahoidossa koti- tai ulkomailla viimeisen 12 kk:n aikana  Kyllä ☐ Ei ☐ Jos Kyllä, Missä? | |
| Muu sairaus, *Mikä?* | |

**ERITYSTOIMINTA**

|  |
| --- |
| Normaali suolentoiminta /Miten poikkeaa normaalista? (ummetus, ripuli)  ☐Kyllä ☐ Ei |
| Virtsavaivoja  ☐ Kyllä ☐ Ei |

**AIEMMAT LEIKKAUKSET**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Onko sinulle tehty leikkauksia?  ☐ Kyllä ☐ Ei | | | | |
| Onko sinulla esiintynyt pitkittynyttä lääkärin hoitoa vaatinutta kipua leikkauksen jälkeen?  ☐ Kyllä ☐ Ei | | | | |
| Onko sinulla esiintynyt muuta pitkittynyttä lääkärin hoitoa vaatinutta kipua?  ☐ Kyllä ☐ Ei | | | | |
| Onko sinulla matkapahoinvointia?  ☐ Kyllä ☐ Ei | | | | |
| Leikkaus1 | Vuosi | Sairaala | | ☐ Nukutus ☐ Puudutus |
| Leikkaus2 | Vuosi | Sairaala | | ☐ Nukutus ☐ Puudutus |
| Leikkaus3 | Vuosi | Sairaala | | ☐ Nukutus ☐ Puudutus |
| Leikkaus4 | Vuosi | Sairaala | | ☐ Nukutus ☐ Puudutus |
| Esiintyikö leikkauksessa  ☐ Pahoinvointia ☐ Päänsärkyä ☐ Heräämisvaikeuksia ☐ Poikkeuksellisen runsasta verenvuotoa ☐ Muuta | | | Muuta/Mitä? | |

**APUVÄLINEET**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Nenä CPAP | ☐ Silmälasit | ☐ Hammasproteesit |
| ☐ Pyörätuoli | ☐ Piilolasit | ☐ Sillat, nastat, tms. |
| ☐ Rollaattori | ☐ Kuulolaite | ☐ Sauvat |

**ASUINOLOT JA YHTEYSTIEDOT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Asuminen  ☐ Kerrostalo ☐ Rivitalo ☐ Omakotitalo ☐ Muu | | |
| Hissi  ☐ Kyllä ☐ Ei | | |
| Asutko yksin?  ☐ Kyllä ☐ En | | |
| Saako osasto antaa voinnistasi tietoja?/ Kenelle?  ☐ Kyllä ☐ Ei | | |
| Saatko kotiapua  ☐ Kyllä ☐ En | Kotiavun nimi | Puhelinnumero |
| Omalääkäri/Terveysasema | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etu- ja sukunimi** | **Henkilötunnus** |

**LÄÄKITYS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Onko sinulla käytössä jokin säännöllinen tai tarvittaessa otettava lääkärin määräämä tai käsikauppalääke?  ☐ Kyllä ☐ Ei | | | | | |
| Onko sinulla käytössä jokin säännöllinen tai tarvittaessa otettava luontaistuote?  ☐ Kyllä ☐ Ei | | | | | |
| Mitä kipulääkettä käytät tai olet käyttänyt? | | | | | |
| Oletko käyttänyt kortisonitabletteja viimeisen 6 kk:n aikana?  ☐ Kyllä ☐ En | | | | | |
| **Käytätkö veren hyytymiseen vaikuttavia lääkkeitä/luontaistuotteita?**  ☐ Asetyylisalisylihappo (Aspirin®, Disperin®, Primaspan®, Asasantin®)  ☐ Klopidogreeli (Plavix®, Clopidogrel®)  ☐ Varfariini (Marevan®)  ☐ Pradaxa, Eliquis®, Xarelto®  ☐ Omega 3-kalaöljyvalmiste  ☐ Muu, mikä? | | | | | |
| **SÄÄNNÖLLINEN LÄÄKITYS** (**Lääkkeen nimi/vahvuus:** Burana 400 mg, **Annos/vrk**: 1 tbl x 3 tai 1 + 1 + 1)  Ottoaika: **A** = Aamu, **AP** = Aamupäivä, **IP** = Iltapäivä, **I** = ilta | | | | | |
| Lääkkeen nimi/Vahvuus | Annos/vrk | Otto-aika | Lääkkeen nimi/vahvuus | Annos/vrk | Otto-aika |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TARVITTAESSA LÄÄKITYS:**  **Nimi/vahvuus** | | | **LUONTAISTUOTTEET JA VITAMIINIT: Nimi/annostus** | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| **PÄIVÄYS/ALLEKIRJOITUS** Nimen selvennys | | | | | |