**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 ☐ EiViimeisten 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 aikanaKyllä ☐ 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 |