2017-05-31

# TERVEYDENTILA

Tarvitsetteko tulkkia? ☐ En ☐ Tarvitsen, minkä kielen: .....

Nimi: .....Sosiaaliturvatunnus:……

Sähköpostiosoite: .....Päiväys (jolloin kaavake täytetään): .....

Puhelin/matkapuhelin: .....Työpaikan puhelin: .....

Omaisen nimi .....Omaisen puhelin: .....

**Potilaalle:**
Haluamme tämän kaavakkeen täytettävän suunniteltua käyntiä ennen. Annettuja vastauksia käytetään juuri Teille sopivan hoidon antamiseksi.
**Vastaukset ovat luonnollisesti salassa pidettäviä.**

**Onko teillä ollut äskettäin tai aiemmin:**

| | Ei | Kyllä | On ollut |
|---|---|---|---|
| Aivohalvaus (verenvuoto/tulppa aivoissa) | ☐ | ☐ | *Jos kyllä, milloin:* ..... |
| Diabetes (”sokeritauti”) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Iskeeminen kipu (rasitusrintakipu) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sydäninfarkti | ☐ | ☐ | *Jos kyllä, milloin:* ..... |
| Sydämen vajaatoiminta | ☐ | ☐ | ☐ |
| Munuaissairaus | ☐ | ☐ | ☐ |
| Läppävikaa | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tehty läppä leikkausta | ☐ | ☐ | *Jos kyllä, milloin:* ..... |
| Korkea verenpaine | ☐ | ☐ | ☐ |
| Astma | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tupakointi | ☐ | ☐ | ☐ |
| KOL (keuhkoahtauma) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Muu keuhkosairaus | ☐ | ☐ | ☐ |
| Uniapneaoireita, joihin saatte CPAP-hoitoa | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pahanlaatuinen hypertermia | ☐ | ☐ | ☐ |
| Lihassairaus | ☐ | ☐ | ☐ |
| Porfyria (”Arjeplogin sairaus/sukusairaus”) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Krooninen nivelreuma | ☐ | ☐ | ☐ |
| Verenvuototaipumus, oletteko vuotanut vahingoittuessanne paljon verta | ☐ | ☐ | ☐ |
| Maksasairaus | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tarttuva verisairaus kuten esim. keltatauti, HIV | ☐ | ☐ | ☐ |
| Epilepsia tai kouristussairaus | ☐ | ☐ | ☐ |
| Psyykkinen sairaus | ☐ | ☐ | ☐ |
| Liikesairaus (matkapahoinvointi) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Onko nikamavälilevyn esiinluiskahdus leikattu | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vaivaavatko happamet röyhtäykset? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Onko Teille tehty muu selkäleikkaus? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kuulo-ongelmia | ☐ | ☐ | ☐ |
| Olkapäiden, selän, lantion, polvien ongelmia | ☐ | ☐ | ☐ |
| Niskaongelmia | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ongelmia suun avaamisessa | ☐ | ☐ | ☐ |

**Oletteko yliherkkä:**

| En | Kyllä | |
|---|---|---|
| ☐ | ☐ | Lääkkeille? ..... |
| ☐ | ☐ | Desinfiointiaineille? |
| ☐ | ☐ | Paikallispuudutusaineille? |
| ☐ | ☐ | Muille? ..... |

**Onko teillä jonkinlaista implanttia?**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ICD? |
| ☐ | ☐ | Tahdistin? |
| ☐ | ☐ | Nauloja, ruuveja, levyjä, metalliproteesi jne? |
| ☐ | ☐ | Onko Teillä poistettavia, hammaskorvikkeita proteeseja, puoliproteeseja tai vastaavia? ..... |
| ☐ | ☐ | Onko Teillä jokin huono tai irtonainen hammas? |
| ☐ | ☐ | Lävistyksiä tai vastaavia? ..... Missä kohdassa? ..... |
| ☐ | ☐ | Onko Teillä sormuksia, joita ei saa pois? (Otamme ne siinä tapauksessa pois ennen leikkausta) |
| ☐ | ☐ | Oletteko saaneet sairaanhoitoa tai vastaavaa ulkomailla (Pohjola mukaan lukien) viimeisten kuuden kuukauden aikana? |

**Pituus:** .....

**Paino:**.....

Muita sairauksia: .....

**Kuntonne**
Mitä alla olevista vaihtoehdoista jaksatte tehdä puolen tunnin ajan?
Rengastakaa sopivat vaihtoehdot.

1. Istua tai olla makuulla
2. Lakaista lattiaa, tiskata, laittaa ruokaa, kävellä kotitaloudessa, leipoa
3. Kävellä hitaasti tasamaalla, imuroida, pyyhkiä lattiaa, poimia asioita pihalta, ulkoiluttaa koiraa
4. Pyöräillä hyvin kevyesti, haravoida lehtiä
5. Kävellä tavallista vauhtia, pyöräillä hitaasti, pelata golfia
6. Leikata nurmikkoa, kävellä kevyen kantamuksen kanssa, kävellä kyynärsauvoilla
7. Hölkätä tai pyöräillä
8. Juosta

| **Lääkkeet ja niiden vahvuus** | **Annostus (tablettien lukumäärä jne.)** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Aamuisin 6-8 | Lounaalla 12-14 | Iltaisin 18-20 | Yöllä |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Käytättekö ehkäisypillereitä? ☐ En ☐ Kyllä
Käytättekö estrogeenia? ☐ En ☐ Kyllä

Onko Teitä nukutettu aiemmin? ☐ Ei ole ☐ On, viimeksi vuonna:.....
*Mitä Teiltä leikattiin?*

.....

*Liittyikö siihen joitakin ongelmia?* .....

Oletteko aiemmin saaneet selkäpuudutuksen? ☐ Ei ole ☐ On, viimeksi vuonna: .....
*Mitä Teiltä leikattiin?* .....
*Liittyikö siihen joitakin ongelmia?* .....

Tunnetteko itsenne terveeksi (ajankohtaista toimenpidettä lukuun ottamatta)? .....
Muita nukutuslääkärille annettavia tietoja:.....

Jos Teidät otetaan sairaalaan, saammeko kertoa, että olette sairaalassa? ☐ Ette saa ☐ Saatte

Kaikkien huoltajien kirjallinen suostumus (koskee vain alle 18-vuotiaita lapsia ja nuoria):
Nimikirjoitus: ..... Nimikirjoitus: .....
Nimen selvennys: ..... Nimen selvennys:……