

Pihlajalinna

URHEILIJAN TERVEYSKYSELY

Nimi: _____

Sukupuoli: _____

Sotu: _____

Laji(t): _____

Valmentaja(t): _____

Osoite: _____

Sähköposti: _____

Puhelin: _____

Omalääkäri ja toimipaikka: _____

Lähiomainen + puhelinnumero: _____

Mitkä ovat mielestäsi parhaat saavutukset urheilussa: _____

TERVEYDENTILA

Vastaa seuraaviin kysymyksiin rastittamalla KYLLÄ tai EI.

Mikäli rastitat KYLLÄ, selvitä vastauksesi sivulle 5 kohtaan TARKEMPI SELVITYS

- Onko lääkärisi joskus kieltänyt sinua osallistumasta harjoitukseen/kilpailuun?
- Onko sinulla säännöllistä lääkitystä vaativia sairauksia (esim. astma, diabetes)?
Jos vastasit KYLLÄ, kirjaa sairaudet liitteenä olevaan SAIRAUSHISTORIA -lomakkeeseen.
- Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä? (esim. antihistamiini keväisin)
Jos vastasit KYLLÄ, kirjaa lääkkeet alla olevaan taulukkoon, jatka tarvittaessa sivulle 5.
- Käytätkö ravintolisiä (esim. monivitamiini, D-vitamiini, proteiinit, palautusjuomat)?
Jos vastasit KYLLÄ, kirjaa valmisteet alla olevaan taulukkoon, jatka tarvittaessa sivulle 5.

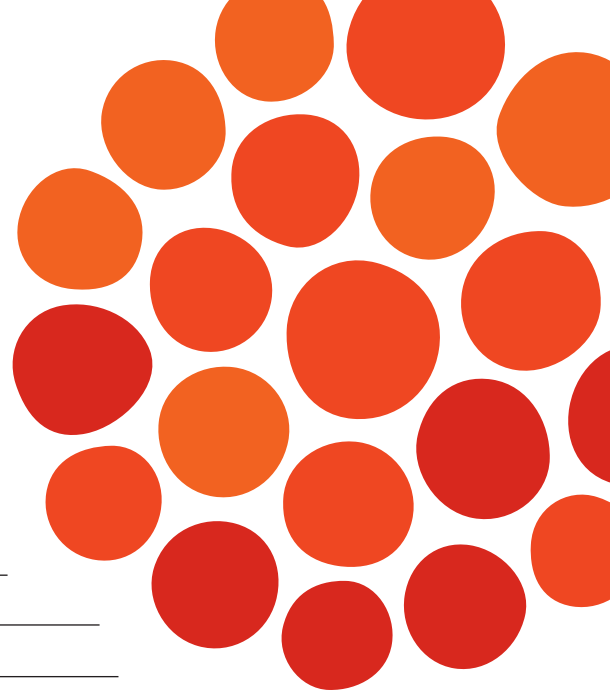
KYLLÄ EI

Resepti- ja käsikauppalääkitys (tabletit, suihkeet, tipat, voiteet, injektiot) ja ravintolisät:

Valmisteen nimi:	Vahvuus ja annostus:	Käyttösy:	Lisätietoja:

KYLLÄ EI

- Onko sinulla esiintynyt lääkeaineallergiaa?
- Oletko tuntenut rintakipua harjoituksen tai kilpailun aikana?
- Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen) harjoituksen tai kilpailun aikana?
- Oletko pyörtynyt tai menettänyt tajuntasi harjoituksen tai kilpailun/ottelun aikana?



- | | KYLLÄ | EI |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan | | |
| i. korkea verenpainetta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. poikkeavia sydänääniä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii. poikkeavaa sydänfilmiä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv. poikkeavia veriarvoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Onko suvussasi tiedossa sydän- ja verenkiertoelimestönsairauksia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Onko sinulle tehty leikkauksia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Onko sinulla rasituksessa ilmenevää hengenahdistusta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Onko suvussasi tiedossa astmaa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Onko sinulla esiintynyt siitepöly-, ruoka-aine- tai eläinallergiaa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Onko sinulla toistuvaa ihottumataipumusta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli 3 kertaa vuodessa) infektioita (flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Onko sinulla ollut aivotärähdyksiä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus-/kouristuskohtauksia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia (MS-tauti, epilepsia, aivohalvaus)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Onko sinulla toistuvia mahakipuja tai -sairauksia (ripulia, pahoinvointia)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RAVITSEMUS

- | | KYLLÄ | EI |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 22. Montako lämmintä ateriaa syöt keskimäärin päivässä? _____ | | |
| 23. Montako välipalaa (esim. omena, välipalapatukka) syöt keskimäärin päivässä? _____ | | |
| 24. Onko sinulla ollut ongelmia syömisessä tai painonhallinnassa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Koetko, että sinun pitäisi: | | |
| i. laihtua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. saada lisää massaa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KASVU JA UNI

- | | KYLLÄ | EI |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 27. Onko sinulla ollut jo murrosiän nopean kasvun vaihe (kasvu 8-15 cm vuoden aikana) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Jos vastasit ”Kyllä”, minkä ikäisenä nopean kasvun vaihe sinulla alkoi?
_____ vuoden ja _____ kuukauden ikäisenä? | | |
| 29. Onko sinulla ollut ongelmia nukkumisen kanssa (nukahtamisvaikeuksia, yöllä heräämisiä, kuorsaamisia, poikkeavaa aamuväsymystä)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Montako tuntia nuket yöunta keskimäärin arkena? (klo 22-07=9 tuntia) _____ tuntia | | |

ROKOTUKSET JA VERIKOKEET

- | | KYLLÄ | EI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 31. Oletko saanut/milloin? Influenssarokotuksen viimeisen vuoden aikana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Hepatiitti-A rokotuksen vuonna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. Hepatiitti-B rokotuksen vuonna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Oletko saanut normaalin rokotusohjelman mukaiset rokotukset? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Onko veriarvojasi seurattu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Mikä oli hemoglobiiniarvosi viimeksi? _____ g/l | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HARJOITTELU

35. Montako kertaa ja montako tuntia harjoittelet keskimäärin viikossa? _____ kertaa _____ tuntia

36. Teetkö omatoimisia lihahuoltoharjoitteita (venyttely, lihaskunto, tasapaino) harjoitusten ulkopuolella? Rastita ”Kyllä” tai ”En” sekä tarkentava vastaus.

Kyllä

korkeintaan 15 min/kerta

korkeintaan puoli tuntia/kerta

korkeintaan 45min/kerta

En, miksi?

en osaa

osaan, mutta en pidä sitä tarpeellisena

osaan, mutta ei ole aikaa

KYLLÄ EI

37. Onko harjoittelusi muuttunut viime kaudesta jotenkin?
Jos vastasit ”Kyllä”, niin miten harjoittelusi on muuttunut?

38. Onko fysioterapeutti tehnyt sinulle lihastasapainokartoitusta?
Jos vastasit ”Kyllä”, aiheuttiko se jotain toimenpiteitä, mitä?

AIKAISEMMAT URHEILUVAMMAT

Mikäli rastitat ”Kyllä”, kirjaa vammat liitteenä olevaan ”Vammahistoria”-lomakkeeseen.

KYLLÄ EI

39. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja?

40. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja?

41. Onko sinulla ollut luunmurtumia?

42. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä luun vammoja (esim. rasitusmurtuma)

43. Onko sinulle tehty kuvantamistutkimuksia (ultraääni, röntgen, magneetti, CT?)
Jos vastasit ”Kyllä”, miksi tutkimus / tutkimukset tehtiin?

44. Kipu ja oireet

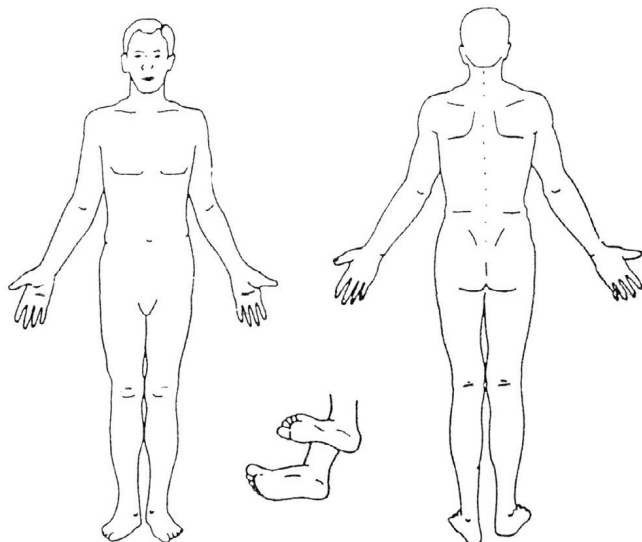
a. Kipu ja oirepiirros

Merkitse alla olevaan ihmishahmoon alue/alueet, jolla olet tuntenut kipua tai muita oireita viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Käytä alla olevia merkkejä kuvaamaan oireitasi:

i. Särky, kipu, jomotus XXXXXX

ii. Puutuneisuus, turtumus IIIIIIIII

iii. Jäykkyys OOOOOO



Kivun / oireen voimakkuus

Merkitse rasti siihen kohtaan, mikä parhaiten kuvaa kipusi/oireesi voimakkuutta viimeksi kuluneen kuukauden aikana:

	ei lainkaan kipua					pahin mahdollinen kipu				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9
Alaselkäkipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alaraajakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niska-hartiakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yläraajakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VAIN NAISURHEILJOILLE TARKOITETUT KYSYMYKSET (45-47):

45. Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat? _____ -vuotiaana

46. Valitse sopivin vaihtoehto:

- Kuukautisesi ovat säännölliset ja kuukautiskiertoni kesto (1. vuotopäivästä seuraavien kuukautisten alkuun) on n. _____ vrk. Vuotopäivien määrä _____ vrk.
- Kuukautisesi ovat epäsäännölliset ja tulevat n. _____ kertaa vuodessa
- Kuukautisesi eivät ole vielä alkaneet.
- Kuukautisesi ovat olleet poissa _____ kk

47. Käytätkö lääkinällistä ehkäisyä
(e-pilleri, kierukka, muu, mikä?) _____

KYLLÄ EI

Tarkempi selvitys (merkitse alkuun kysymyksen tai selvitetävän kohdan numero):

Jatka tarvittaessa toiselle paperille.

48. Onko jotain mitä ei edellä tullut esille?

49. Onko sinulla jokin vaiva, minkä takia haluaisit, että sinua tutkittaisiin tarkemmin?

50. Mistä aiheesta haluaisit lisää tietoa?

LIITTEET Vammahistoria Sairaushistoria

POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMINEN

Tietoni saa tallentaa lääkäriaseman potilasrekisteriin? KYLLÄ EI

Annan tarkastuksen tehneelle lääkärille luvan keskustella terveyteeni liittyvistä asioista valmentajani kanssa. KYLLÄ EI

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus _____

15 vuotta täyttäneen oma allekirjoitus ja nimenselvennys

Alle 15-vuotiailta huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys