



## SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET

	KYLLÄ	EI
13. Oletko tuntenut rintakipua tai puristusta rintakehällä rasiituksen aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys, lyönnin jääminen väliin/"muljahdus" tms.) rasiituksen aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Oletko pyörtnyt tai menettänyt tajuntasi rasiituksen aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Onko sinulla joskus todettu		
a. korkea verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. poikkeava sydänääni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. poikkeava sydänfilmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. poikkeavia veriarvoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Onko lähisukulaisillasi (vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat) todettu sydän- tai verenkiertosairauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia ennen 50 vuoden ikää?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ALLERGIA, ASTMA JA INFEKTIOT

	KYLLÄ	EI
19. Onko sinulla diagnosoitu tai joskus epäilty astmaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Onko sinulla esiintynyt ruoka- tai lääkeaineallergiaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Onko sinulla muita allergioita? (esim. pöly, eläimet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Onko sinulla rasiituksessa ilmenevää hengenahdistusta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Onko sinulla toistuvaa ihottumataipumista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Onko sinulla vuoden aikana usein (yli 3 krt/v) toistuvia infektioita? (esim. flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus, korvatulehdus, sinuiitti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Onko sinulla ollut koskaan pitkittyneitä oireita/suorituskyvyn alenemaa hengitystieinfektion jälkeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Oletko koskaan käyttänyt astmalääkkeitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Onko lähisuvussasi (vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat) todettu astmaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Onko sinulla rasiitukseseen liittyen tai sen jälkeen yskää tai runsasta hengitysteiden limaisuutta tai hengityksen vinkumista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Oletko käyttänyt antibiootteja viimeisen vuoden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Oletko sairastanut vesirokon tai saanut vesirokkorokotuksen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## NEUROLOGIA

	KYLLÄ	EI
31. Oletko koskaan pyörtnyt tai menettänyt tajuntaasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Onko sinulla koskaan todettu tai oletko itse epäillyt aivotärähdystä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus/kouristuskohtauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Onko sinulla ongelmia näön kanssa? Käytätkö laseja tai piilolinsejä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MAHA- JA SUOLIKANAVAN SAIRAUDET SEKÄ RAVITSEMUS

	KYLLÄ	EI
35. Onko sinulla suoliston alueen sairauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Onko sinulla toistuvia vatsavaivoja? (ripulia, ummetusta, kipua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Noudatanko jotain erityisruokavaliota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Käytätkö säännöllisesti ravintolisiä? (esim. vitamiinit, proteiini, palautusjuomat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Onko sinulla esiintynyt virtsaelinten sairauksia? (virtsatietulehdus, verivirtsaisuus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Onko sinulla koskaan ollut närästysvaivaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Onko sinulla koskaan ollut ongelmia syömisessä tai painonhallinnassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Käytätkö mitään maitotuotteita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Onko lähisuvussasi tiedossa keliakiaa tai muuta vatsan- tai suoliston alueen sairauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## URHEILUVAMMAT JA TAPATURMAT

KYLLÄ EI

45. Onko sinulla äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelvammoja?

46. Onko sinulla rasitusperäisiä lihas- tai nivelsidevammoja?

47. Onko sinulla ollut luunmurtumia?

48. Onko sinulla ollut rasiteperäisiä luunmurtumia?

49. Onko sinulle tehty leikkauksia?

50. Onko sinulla esiintynyt toistuvia selkäkipuja?

51. Kipu ja oireet

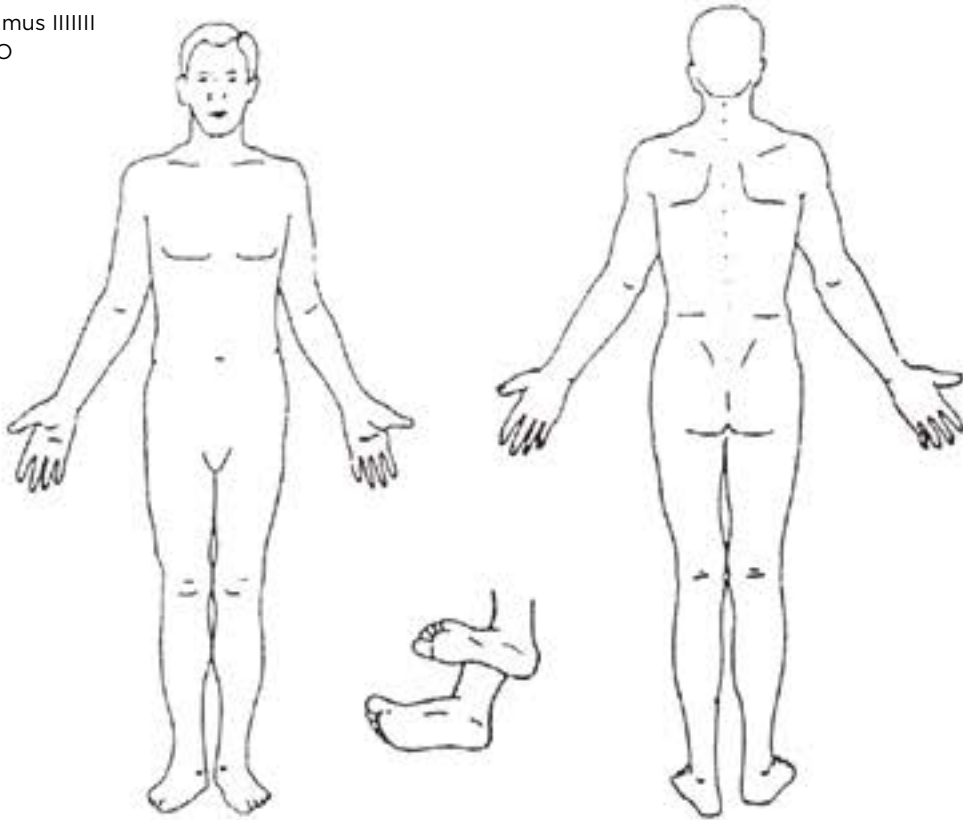
a. Kipu- ja oirepiirros:

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 IIIIIII

iii. Jäykkyys OOOOOO



b. Kivun/oireen voimakkuus:

Merkitse ao. taulukkoon 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"/>

52. Kirjaa alla olevaan taulukkoon kaikki äkilliset vammasi ja rasitusvammasi, jotka ovat keskeyttäneet täysipainoisen urheilumisen vähintään 1 päivän ajaksi.

Kehon osa	Vasen/oikea	Mikä vamma	Koska tapahtui/alkoi	Kuinka kauan esti täysipainoisen urheilun

## HENKINEN HYVINVOINTI

	KYLLÄ	EI
53. Onko sinulla		
a. väsymystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. stressiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. alavireisyyttä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. jännittyneisyyttä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ahdistusta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. motivaation puutetta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VAIN NAISURHEILJOILLE TARKOITETUT KYSYMYKSET

54. Kuukautiseni ovat säännölliset.

Kierron kesto (1. vuotopäivästä seuraavien kuukautisten 1. vuotopäivään) \_\_\_\_\_

Vuotopäivien määrä \_\_\_\_\_

55. Kuukautiseni ovat epäsäännölliset ja tulevat n. \_\_\_\_\_ kertaa vuodessa

56. Kuukautiseni ovat olleet poissa \_\_\_\_\_ kk, tai eivät ole vielä alkaneet

57. Mielestäni kuukautisvuotoni määrä ei ole runsas tai hyvin niukka vaan normaali

58. Käytätkö lääkinnällistä ehkäisyä (e-pilleri, kierukka, muu?)

## HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELY

Tällä lomakkeella annettuja tietoja käytetään osana urheilijan terveystarkastusta. Lisätietoja henkilötietojesi käsittelystä Pihlajalinnassa löydät verkkosivuiltamme <https://www.pihlajalinna.fi/yleista/henkilotietojesi-kasittely>

Potilasrekisterin tietosuojaselosteen löydät täältä <https://www.pihlajalinna.fi/yleista/henkilotietojesi-kasittely/tietosuojaselosteet>

Paikka ja aika

---

## TARKEMPI SELVITYS

Mainitse kysymyksen tai selitettävän kohdan numero.