

Pihlajalinna

AKTIIVILIIKKUJAN TERVEYSTARKASTUS -ESITIELOMAKE

Nimi: _____

Sotu: _____

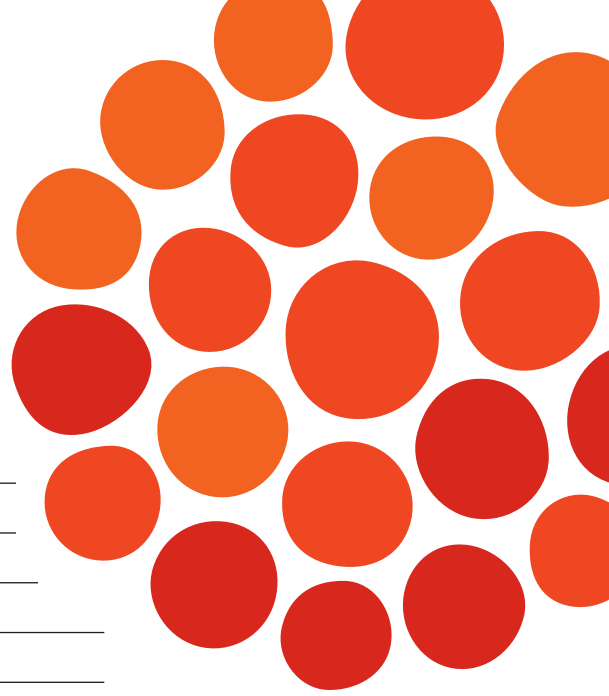
Osoite: _____

Puhelin: _____

Pääurheilulaji: _____

Perussairaudet: _____

Lääkitys: _____



SYDÄN JA VERISUOSISAURAUDET

- | | KYLLÄ | EI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Onko sinulla ollut rintakipuja rasituksen aikana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Onko sinulla ollut rytmihäiriöitä rasituksen aikana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Oletko pyörtynyt tai menettänyt tajuntasi rasituksen aikana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Onko sinulla joskus todettu | | |
| i. korkea verenpaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. poikkeava sydänääni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii. poikkeava sydänfilmi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv. poikkeavia veriarvoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Onko lähisukulaisillasi (vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat) todettu sydän- tai verenkiertosairauksia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

URHEILUVAMMAT JA TAPATURMAT

- | | KYLLÄ | EI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelvammoja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai nivelsidevammoja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Onko sinulla ollut luunmurtumia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Onko sinulle tehty leikkauksia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALLERGIA JA ASTMA

- | | KYLLÄ | EI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. Onko suvussasi tiedossa astmaa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Onko sinulla allergioita? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Onko sinulla rasituksessa ilmenevää hengenahdistusta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Onko sinulla toistuvaa ihottumataipumusta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Onko sinulla vuoden aikana usein (yli 3 krt/v) toistuvia infektioita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. (flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NEUROLOGIA

- | | KYLLÄ | EI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 17. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia (epilepsia, Parkinson, MS-tauti, aivohalvaus) tai oletko kärsinyt aivotärähdyksestä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MAHA- JA SUOLIKANAVAN SAIRAUDET

18. Onko sinulla suoliston alueen sairauksia?
19. Onko sinulla toistuvia vatsakipuja tai sairauksia (ripulia, pahoinvointia)?

KYLLÄ EI

RAVITSEMUS JA PAINONHALLINTA

20. Onko sinulla ollut ongelmia syömisessä tai painonhallinnassa?
21. Oletko tyytyväinen painoosi?
22. Noudatatko jotakin erityisdieettiä?
23. Käytätkö lisäravinteita (vitamiinit, proteiinit, palautusjuomat)?

KYLLÄ EI

GYNEKOLOGIA (KYSYMYKSET NAISILLE)

24. Onko kuukautiskiertosi säännöllinen?
25. Kuukautiskiertoni on epäsäännöllinen ja kuukautiset tulevat noin _____ kertaa vuodessa.
26. Kuukautiseni ovat olleet poissa _____ kuukautta.
27. Käytätkö lääkinällistä ehkäisyä (e-pillerit, kierukka)?

KYLLÄ EI

NUKKUMINEN JA UNI

28. Nukutko pääsääntöisesti hyvin?

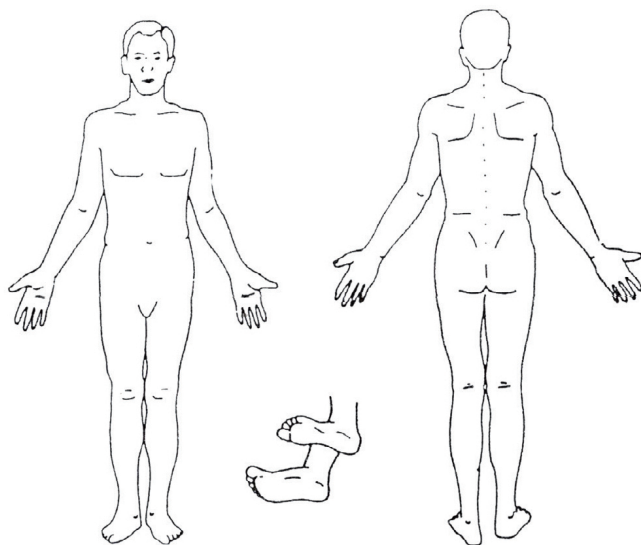
KYLLÄ EI

29. Kuinka usein urheilet? _____
30. Lajisi _____
31. Lisätietoa/muuta _____
32. Onko sinulle tehty leikkauksia? _____
33. 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 IIIIIIII
iii. Jäykkyys OOOOOO



b. 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"/>

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