

URHEILIJAN TERVEYSKYSELY



Nimi:
Sukupuoli:
Sotu:
Osoite:
Puhelin:
Sähköposti:
Lähiomainen+puhelinno:
Laji(t):
Valmentaja(t):
Omalääkäri ja toimipaikka:
Mitkä ovat mielestäsi parhaimmat saavutukset urheilussa:

Vastaa seuraaviin kysymyksiin rastittamalla KYLLÄ tai EI.

TERVEYDENTILA	KYLLÄ	EI
Mikäli rastitat KYLLÄ, selvitä vastauksesi sivulle 5 kohtaan TARKEMPI SELVITYS.		
1. Onko lääkärisi joskus kieltänyt sinua osallistumasta harjoitukseen/kilpailuun?		
2. Onko sinulla säännöllistä lääkitystä vaativia sairauksia (esim. astma, diabetes)? Jos vastasit KYLLÄ, kirjaa sairaudet SAIRAUSHISTORIA-lomakkeeseen.		
3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä? Jos vastasit KYLLÄ, kirjaa lääkkeet alla olevaan taulukkoon.		
4. Käytätkö ravintolisiä? Jos vastasit KYLLÄ, kirjaa valmisteet alla olevaan taulukkoon.		
5. Onko sinulla esiintynyt lääkeaineallergiaa?		
6. Oletko tuntenut rintakipua harjoituksen tai kilpailun aikana?		
7. Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen) harjoituksen tai kilpailun aikana?		
8. Oletko pyörtynyt tai menettänyt tajuntasi harjoituksen tai kilpailun/ottelun aikana?		

9. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan a. korkeaa verenpainetta b. poikkeavia sydänääniä c. poikkeavaa sydänfilmiä d. poikkeavia veriarvoja		
10. Onko suvussasi tiedossa sydän- ja verenkiertoelimiänsairauksia?		
11. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia?		
12. Onko sinulle tehty leikkauksia?		
13. Onko sinulla rasiuksessa ilmenevää hengenahdistusta?		
14. Onko suvussasi tiedossa astmaa?		
15. Onko sinulla esiintynyt siitepöly-, ruoka-aine- tai eläinallergiaa?		
16. Onko sinulla toistuvaa ihottumataipumusta?		
17. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli 3 kertaa vuodessa) infektioita (flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus)?		
18. Onko sinulla ollut aivotärähdyksiä?		
19. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus-/kouristuskohtauksia?		
20. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia (MS-tauti, epilepsia, aivohalvaus)?		
21. Onko sinulla toistuvia mahakipuja tai -sairauksia (ripulia, pahoinvointia)?		

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

Valmisteen nimi:	Vahvuus ja annostus:	Käyttösy:	Lisätietoja:

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?		
25. Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi?		
26. Koetko, että sinun pitäisi: a. laihtua? b. saada lisää massaa?		

KASVU JA UNI	KYLLÄ	EI
27. Onko sinulla ollut jo murrosiän nopean kasvun vaihe (kasvu 8-15 cm vuoden aikana)		
28. Jos vastasit ”Kyllä”, minkä ikäisenä nopean kasvun vaihe sinulla alkoi? (Vuosissa ja kk)		
29. Onko sinulla ollut ongelmia nukkumisen kanssa (nukahtamisvaikeuksia, yöllä heräämisiä, kuorsaamia, poikkeavaa aamuväsymystä)?		
30. Montako tuntia nukut yöunta keskimäärin arkena? (klo 22-07=9 tuntia) tuntia		

ROKOTUKSET JA VERIKOKEET	KYLLÄ	EI
31. Oletko saanut/milloin? Influenssarokotuksen viimeisen vuoden aikana? a. Hepatiitti-A rikoituksen vuonna b. Hepatiitti-B rikoituksen vuonna		
32. Oletko saanut normaalin rokotusohjelman mukaiset rokotukset?		
33. Onko veriarvojasi seurattu?		
34. Mikä oli hemoglobiiniarvosasi viimeksi? g/l		

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.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kyllä | <input type="radio"/> En, miksi? |
| <input type="radio"/> korkeintaan 15min/kerta | <input type="radio"/> en osaa |
| <input type="radio"/> korkeintaan puoli tuntia/kerta | <input type="radio"/> osaan, mutta en pidä tarpeellisena |
| <input type="radio"/> korkeintaan 45min/kerta | <input type="radio"/> osaan, mutta ei ole aikaa |

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

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

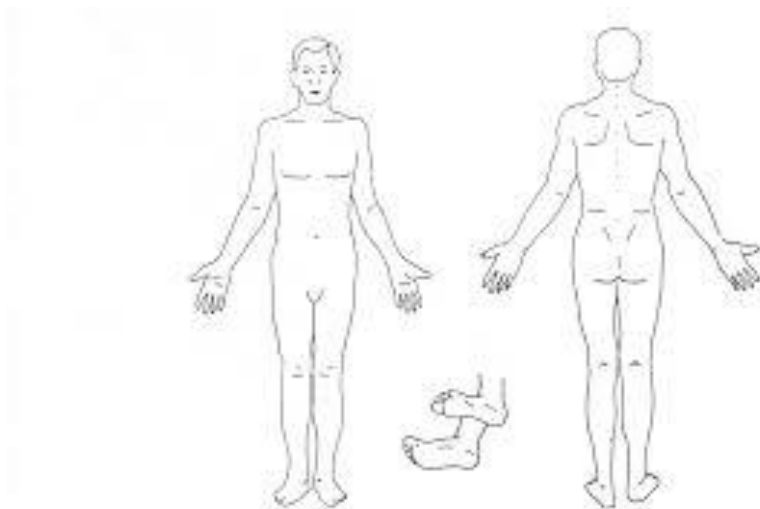
AIKAISEMMAT URHEILUVAMMAT Mikäli rastitat "Kyllä", kirjaa vammat liitteenä olevaan "Vammahistoria"-lomakkeeseen.	KYLLÄ	EI
39. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja?		
40. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja?		
41. Onko sinulla ollut luunmurtumia?		
42. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä luun vammoja (esim. rasisiumurtuma)		
43. Onko sinulle tehty kuvantamistutkimuksia (ultraääni, röntgen, magneetti, CT?) Jos vastasit "Kyllä", miksi tutkimus / tutkimukset tehtiin?		

44. Kipu ja oireet

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 000000



Kivun / oireen voimakkuus:

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

	ei lainkaan kipua					pahin mahdollinen kipu				
Alaselkäkipu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alaraajakipu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niska-hartiakipu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Yläraajakipu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VAIN NAISURHEILJOILLE TARKOITETUT KYSYMYKSET (45-47)

45. Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat? _____ -vuotiaana

46. Valitse sopivin vaihtoehto:

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

KYLLÄ EI

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

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

Jatka tarvittaessa toiselle paperille.

KYLLÄ

EI

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

KYLLÄ

EI

Tietoni saa tallentaa lääkäriaseman potilasrekisteriin?

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

Paikka ja aika _____

15 vuotta täyttäneen oma allekirjoitus ja nimenselvennys

Alle 15-vuotiailta huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys