

Esitietolomake

Täyttämällä lomakkeen autat itseäsi ja hoitoosi osallistuvia ammattilaisia valmistautumaan käyntiisi ennalta. Lomake auttaa sinua ja terveydenhuollon ammattilaista hoitosi suunnittelussa ja sinua hoitosi toteuttamisessa.

Hakijan / asiakkaan yhteystiedot

Nimi	Henkilötunnus
Pvm.	Pituus
Paino	Mittaus pvm.

HOIDON TARVE**Mikä tuo sinut vastaanotolle? Mistä vaivasta tai oireesta olet ollut huolissasi?**

Vaikuttaako tämä työ- tai toimintakykyysi? Miten?

TUPAKOINTI

En ole koskaan tupakoinut

olen lopettanut tupakoinnin vuonna _____, poltin ennen sitä _____ savuketta/pv ja tupakoin yhteensä _____ vuotta.

Kyllä tupakoin

1–10 savuketta päivässä (0 p)

11–20 savuketta päivässä (1 p)

21–30 savuketta päivässä (2 p)

yli 30 savuketta päivässä (3 p)

Kuinka pian herättyäsi poltat ensimmäisen savukkeen?

alle 6 minuuttia (3 p)

6–30 minuuttia (2 p)

31–60 minuuttia (1 p)

yli 60 min (0 p)

Olen kiinnostunut tupakoinnin vähentämisestä / lopettamisesta

Olipa nikotiiniriippuvuutesi vähäinen tai hyvin vahva, tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina!

(Yhteispisteet: 0–1 p vähäinen, 2 p kohtalainen, 3 p vahva, 4–6 p hyvin vahva riippuvuus nikotiiniin)

Käytätkö muita tupakka- tai nikotiinituotteita?

Ei

Kyllä, mitä? _____

1 alkoholiannos =
33 cl keskiolutta,
siideriä
12cl mietoa viiniä
4cl väkevää alkoholia

ALKOHOLIN KÄYTTÖ

Kuinka usein juot, olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

- en koskaan (0 p) kerran kuussa tai harvemmin (1 p)
- 2–4 kertaa kuussa (2 p) 2–3 kertaa viikossa (3 p)
- 4 kertaa viikossa tai useammin. (4 p)

Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?

- 1–2 (0 p) 3–4 (1 p) 5–6 (2 p) 7–9 (3 p)
- 10 annosta tai enemmän (4 p)

Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan (0 p) harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
- kerran kuussa (2 p) kerran viikossa (3 p)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)

Laske montako pistettä saat alkoholin käytöstäsi _____ p. Jos sait yli 6 pistettä (miehet) tai yli 5 pistettä (naiset).

Oletko itse tai ovatko omaisesi olleet huolissaan alkoholin tai päihteiden käytöstäsi?

- Kyllä Ei

LIKKUMINEN

Kuinka paljon harrastat liikuntaa?

- en yhtään 1–2 kertaa viikossa 3–4 kertaa viikossa 5–6 kertaa viikossa
- joka päivä

Jos harrastat liikuntaa, kertoisitko lyhyesti minkälaista?

RASITUKSEN SIETO

Minkälaisen matkan pystyt kävelemään tasamaalla reippaasti pysähtymättä? _____m

Minkä vuoksi joudut pysähtymään?

- hengenahdistus rintakipu Muu kipu tai syy mikä?

Montako kerrosta rappusia pystyt nousemaan yhtäjaksoisesti pysähtymättä?

- en yhtään 1 2 3
 4 5 tai enemmän

Minkä vuoksi joudut pysähtymään?

- hengenahdistus rintakipu Muu kipu tai syy mikä?

Käytätkö säännöllisesti liikkumisen apuvälineitä? (esim. keppi, kyynärsauva, rollaattori, pyörätuoli) Jos niin mitä?

Oletko itse tai ovatko omaisesi huolissaan muististasi tai tuen tarpeestasi?

- Kyllä, muistista Kyllä, tuen tarpeestani Ei kummastakaan

MUISTI JA MIELIALA**Oletko ollut viimeisen kuukauden aikana usein huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?**

- Kyllä Ei

Oletko ollut viimeisen kuukauden aikana usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?

- Kyllä Ei

Jos vastasit johonkin näistä kyllä, keskustele aiheesta lisää käynnilläsi.

TUEN JA PALVELUIDEN TARVE**Mitä tukea tai palvelua saat terveytesi edistämiseksi ja ylläpitämiseksi?**

- ateriapalvelu fysioterapiakäynnit perhepalvelut
 vertaistukiryhmä turvapuhelin jalkahoito
 kotihoito muu, mikä? _____

Mitä tukea tarvitset?

Keneltä saat tarvittaessa tukea?

Mikä auttaa sinua jaksamaan arjessa?

MITÄ ON OMAHOITO?

Omahoito on sitä, kuinka itse huolehdit terveydestäsi ja sairauksiesi hoidosta. Omahoitoa ovat ravintoon, liikuntaan, tupakointiin ym. elintapoihin liittyvät päätöksesi ja tekosi. Siihen sisältyy myös lääkehoito ja omatoiminen terveydentilan seuranta.

Voit itse merkittävästi ehkäistä pitkäaikaissairauksien ja niiden liitännäissairauksien syntymistä sekä ylläpitää olemassa olevien sairauksien hyvää hoitotasapainoa. Omahoitoon panostaminen kannattaa!

Ovatko voimavarasi riittäneet omahoitoon?

- Kyllä En osaa sanoa Voimavarani eivät ole riittävät omahoitoon

Estääkö tai haittaako jokin asia mahdollisesti itsesi hoitamista?

- Omahoitoani ei haittaa juuri nyt mikään
- Sairaus / vamma
- Yksinäisyys, läheisten tuen puute, perhetilanne
- Tiedon puute
- Jaksamisen puute, mieliala tai stressi
- Suru tai menetykset
- Taloudellinen tilanne
- Henkinen-, taloudellinen tai fyysinen väkivalta
- Toimintakyvyn rajoite
- muu, mikä?
-

Nimeä hoitosi tavoitteet

- Nykyisen terveyden ja toimintakyvyn säilyttäminen
- Terveiden elinvuosien lisääminen
- Sydän- / aivoinfarktin ennaltaehkäisy
- Ajokyvyn säilyttäminen, olen ammattikuljettaja
- Kipujen hallinta
- Ahdistuksen hallinta
- Painon pudottaminen, tavoitepaino: _____

- Ruokailutottumuksien parantaminen, muutos? _____
- Liikunnan lisääminen, tavoite? _____
- Yleiskunnon parantaminen
- Unen laadun parantaminen
- Lääkehoidon vähentäminen
- Hampaiden hoidon ja suun terveyden parantaminen. Olen käynyt viimeksi hammashuollossa suuhygienistillä tai hammaslääkärillä _____
- Tupakoinnin vähentäminen/lopettaminen, tavoite? _____
- Alkoholin vähentäminen/lopettaminen, tavoite? _____
- Muu, mikä: _____

HOIDON TOTEUTUS JA KEINOT

Mitä teet tavoitteesi saavuttamiseksi (esim. liikunnan lisäys tai suolan käytön vähentäminen ruokavaliossa):

Millaista tukea koet tarvitsevasi (esim. lääkettä tai lisätietoa tupakoinnin lopettamisen tueksi):

- Liikuntaneuvojan ohjausta itselleni sopivan liikuntamuodon löytämiseksi
- Palveluita mieluiten etäpalveluna
- Fysioterapeutin palvelua
- Tukea perhetilanteeseeni
- Sosiaaliohjaajan tukea (esim. talousvaikeudet, etuuksien hakeminen)
- Tukea riippuvuuden hoitoon
- Psykiatrisen sairaanhoitajan hoitokontaktin
- Lisätietoa ja ohjausta arkea tukeviin palveluihin (esim. ikäihmiset)
- Lisätietoa potilasyhdistyksistä tai vertaistuesta
- Suun terveydenhuollon palvelua
- Muuta mitä? _____

LÄÄKELISTA**Miten lääkkeen annosteluni toteutuu? Valitse alla olevista sinulle sopiva vaihtoehto:**

- käytän dosettia apteekki jakaa lääkkeeni
 huolehdin itse lääkkeideni annostelusta _____ jakaa lääkkeeni

Kirjaa tähän huolellisesti kaikki käyttämäsi lääkkeet (tabletit, suihkeet, voiteet, tipat jne. sekä niiden käyttötarkoitus).**Säännöllisessä käytössä olevat reseptilääkkeet:**

Lääke ja sen vahvuus	Annostus	Käyttötarkoitus

Tarvittaessa käytössä:

Lääke ja sen vahvuus	Annostus	Käyttötarkoitus

Itsehoito- ja luontaislääkkeet:

Lääke ja sen vahvuus	Annostus	Käyttötarkoitus

VERENPAINEN JA PULSSIN KOTIMITTAUSTULOKSET**Mittausjakso:**

- Jos sinulla on verenpainelääkitys käytössäsi mittaa 4 päivän verenpainemittaukset aamuin illoin tulevaa käyntiä varten

Mittaus 1 aamu klo 06:00-09:00	Mittaus 2 aamu klo 06:00-09:00	Mittaus 1 ilta klo 18:00-21:00	Mittaus 2 ilta klo 18:00-21:00
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Päivä 1				
Päivä 2				
Päivä 3				
Päivä 4				
Aamumittausten keskiarvo		Iltamittausten keskiarvo		

- verenpaineen mittaukseen suositellaan olkavarsimittaria
- mittaa verenpaine kiireettömässä tilanteessa
- verenpaineen mittausta edeltävien 30 minuutin aikana ei saa harrastaa liikuntaa, tehdä kuormittavaa työtä, tupakoida, juoda alkoholia, kahvia, teetä eikä kolajuomia
- tee aina 2 mittausta, joiden välillä on 1–2 minuutin tauko ja kirjaa verenpainearvot ja syke taulukkoon (esim.: 135/85 pulssi 65)
- jos 2 mittausta poikkeaa merkittävästi toisistaan, tee vielä kolmas mittaus ja kirjaa sekin ylös
- Laske aamumittausten ja iltamittausten keskiarvo ja merkitse alariville

VERENSOKERIN SEURANTALOMAKE

Päivämäärä	Aamupala	Lounas	Päivällinen	Iltapala	Yö
------------	----------	--------	-------------	----------	----



	kello:		kello:		kello:		kello:		kello:
	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	
Verensokeri									
Perusinsuliini									
Ateriainsuliini									
Syöty ruoka									
Liikunta (minkälaista, klo ja kesto)									
Välipalat (mitä söit ja klo)									

Päivämäärä	Aamupala kello:		Lounas kello:		Päivällinen kello:		Iltapala kello:		Yö kello:
	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	
Verensokeri									
Perusinsuliini									
Ateriainsuliini									
Syöty ruoka									
Liikunta (minkälaista, klo ja kesto)									
Välipalat (mitä söit ja klo)									

Päivämäärä	Aamupala kello:		Lounas kello:		Päivällinen kello:		Iltapala kello:		Yö kello:
	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	
Verensokeri									
Perusinsuliini									
Ateriainsuliini									
Syöty ruoka									
Liikunta (minkälaista, klo ja kesto)									
Välipalat (mitä söit ja klo)									

Mittaa verensokeri ennen aamupalaa, lounasta, päivällistä ja iltapalaa sekä 2 tuntia näiden jälkeen. Jos epäilet poikkeavaa verensokeritasoa, tee ylimääräinen mittaus, tarvittaessa yöllä. Merkkää pistämäsi insuliinimäärät (ateria- ja perusinsuliini erikseen). Kirjaa ylös syömäsi ruoka, taulukon ulkopuoliset välipalat sekä liikunta.

Onko sinulla ollut seuraavia oireita seuranta-ajalla? (rastita)

	päivittäin	viikoittain	öisin
Nälän tunne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskittymisvaikeudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huonovointisuus/heikotus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hikoilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Näköhäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydämentykytys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huimaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Missä yhteyksissä olet kokenut yllä mainittuja oireita? (esim. fyysinen rasitus tai pitkä aika ruokailusta tms.)
