



TERVEYSTARKASTUKSEN ESITIELOMAKE

Nimi	Sukupuoli	Päivämäärä
_____	_____	_____
Henkilötunnus	Laji	Ammatti tai opiskelu
_____	_____	_____
Osoite	e-mail	puh
_____	_____	_____
Lähiomainen	e-mail	puh
_____	_____	_____
Oma- lääkäri	Valmentaja	Seura
_____	_____	_____

Vastaa seuraaviin kysymyksiin **YMPYRÖIMÄLLÄ** kyllä tai ei. Mikäli vastasit kyllä, selvitä vastauksesi kohtaan ”tarkempi selvitys” ja mainitse kysymyksen numero ensin.

TERVEYDENTILA

1. Onko lääkärisi joskus estänyt sinua osallistumasta harjoitukseen / kilpailuun?	Kyllä	Ei
2. Onko sinulla kroonisia sairauksia (esim. astma, diabetes)?	Kyllä	Ei
3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä?	Kyllä	Ei
4. Käytätkö säännöllisesti ravintolisä? (esim. vitamiinit, proteiinit, palautusjuomat)	Kyllä	Ei

Resepti- ja käsikauppalääkitys ja ravintolisät:

Valmisteen nimi	Vahvuus ja annostus	Käyttösy	Lisätietoja

5. Onko sinulla esiintynyt ruoka- tai lääkeaineallergiaa?	Kyllä	Ei
6. Onko sinulla esiintynyt muita allergioita (pölyt, eläimet...)?	Kyllä	Ei
7. Oletko tuntenut puristusta tai kipua rintakehällä harjoituksen tai kilpailun aikana?	Kyllä	Ei
8. Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen) rasiuksessa tai levossa	Kyllä	Ei
9. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan		
a. korkeaa verenpainetta?	Kyllä	Ei
b. poikkeava sydänääniä?	Kyllä	Ei
c. poikkeavaa sydänfilmiä?	Kyllä	Ei
d. poikkeavia veriarvoja?	Kyllä	Ei
10. Onko suvussasi tiedossa sydän- ja verenkiertosairauksia?	Kyllä	Ei
11. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia?	Kyllä	Ei
12. Onko sinulla rasiuksessa ilmenevää hengenahdistusta?	Kyllä	Ei
13. Onko suvussasi tiedossa astmaa?	Kyllä	Ei
14. Oletko koskaan joutunut käyttämään astmalääkitystä?	Kyllä	Ei

15. Onko sinulla ihottumataipumusta (esim. atopiaa, hikirauhasen tulehduksia...)?	Kyllä	Ei
16. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli 3 kertaa vuodessa) infektioita (flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus, korvatulehdus)?	Kyllä	Ei
17. Oletko koskaan pyörtynyt, menettänyt tajuntaasi tai saanut aivotärähdystä?	Kyllä	Ei
18. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus- / kouristuskohtauksia?	Kyllä	Ei
19. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia (MS-tauti, Parkinson, epilepsia, aivohalvaus)?	Kyllä	Ei
20. Onko sinulla toistuvia mahakipuja tai – sairauksia (ripulia, pahoinvointia, ummetusta jne.)?	Kyllä	Ei
21. Onko sinulla esiintynyt virtsaelinten sairauksia (esim. virtsatietulehdus, verivirtsaisuus)?	Kyllä	Ei
22. Oletko sairastanut vesirokon?	Kyllä	Ei
23. Käytätkö		
a. Tupakkaa	Kyllä	Ei
b. Nuuskaa	Kyllä	Ei
c. Alkoholია	Kyllä	Ei
24. Koska olet viimeksi käynyt hammashoidossa? _____		
25. Oletko saanut		
a. Influenssarokotuksen viimeisen vuoden aikana?	Kyllä	Ei
b. Hepatiitti-A tai B-rokotuksen? vuonna _____		
c. Vesirokkorokotuksen? vuonna _____		
d. Pneumokokkirokotuksen? vuonna _____		
e. Muut suomalaisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset?	Kyllä	Ei

Ravitsemus

26. Syötkö aamupalaa? Mitä? _____	Kyllä	Ei
27. Montako lämmintä ateriaa syöt päivässä? ____ kpl	Kyllä	Ei
28. Montako välipalaa syöt päivässä? ____ kpl Mitä? _____	Kyllä	Ei
29. Noudatatko jotain erityisruokavaliota? Mitä? _____	Kyllä	Ei
30. Käytätkö maitotuotteita päivittäin? Mitä? _____	Kyllä	Ei
31. Onko sinulla ollut ongelmia syömisessä tai painonhallinnassa?	Kyllä	Ei
32. Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi?	Kyllä	Ei
33. Koetko että sinun pitäisi:		
a. Laihtua?	Kyllä	Ei
b. Saada lisää massaa?	Kyllä	Ei

Uni ja Kasvu

34. Mihin kellonaikaan yöunesi ajoittuvat? klo ____ - ____ Nukutko yleensä päiväunia?	Kyllä	Ei
35. Onko sinulla nukahtamiseen tai heräämiseen liittyviä vaikeuksia?	Kyllä	Ei
36. Käytätkö piristäviä valmisteita? (kofeiini esim.) Kuinka paljon? _____	Kyllä	Ei
37. Kuinka monta kertaa heräät yön aikana? _____		
38. Kuinka monta tuntia nukut keskimäärin yössä? _____ tuntia		
39. Onko sinulla epäilty seuraavia oireita nukkuessa: kuorsaaminen, levottomat jalat, tai hampaiden narskuttelu?	Kyllä	Ei
40. Vaikuttaako elektroniikan käyttö nukkumiseesi?	Kyllä	Ei
41. Oletko saanut lääke- tai muuta hoitoa univaikeuksien vuoksi?	Kyllä	Ei
42. Miten kuvailisit unesi laatua yleensä? _____		
43. Onko sinulla ollut jo murrosiän nopean kasvun vaihe? (Kasvu 8-15 cm vuoden aikana?)	Kyllä	Ei
44. Jos vastasit "Kyllä", minkä ikäisenä nopean kasvun vaihe alkoi? _____ vuoden ja _____ kuukauden		

Harjoittelu ja palautuminen

45. Montako kertaa ja montako tuntia harjoittelet keskimäärin **viikossa**?
- a. lajiharjoittelua ___ kertaa _____ tuntia
 - b. oheisharjoittelua ___ kertaa _____ tuntia
 - c. kilpailuja _____ kertaa _____ tuntia
 - d. koululiikuntaa _____ kertaa _____ tuntia
 - e. muuta _____ kertaa _____ tuntia
46. Monenako päivänä viikossa et urheile? _____ päivänä
47. Teetkö omatoimisia lihashuoltoharjoittelua (venyttely, lihaskunto, tasapaino) harjoitusten ulkopuolella?
- a. Kyllä _____ min/kerta _____ kertaa viikossa.
 - b. En Miksi? _____
48. Miten urheilukautesi jaksottuu vuoden aikana?

49. Miten harjoittelusi on viime kaudesta muuttunut?

50. Tuntuuko että palaudut normaalisti? Kyllä Ei
51. Onko sinulla ollut palautumisongelmia? Kyllä Ei
52. Palautumistani seurataan säännöllisesti testeillä?
- ___Kyllä, kenttätesteillä Mitä? _____ Koska? _____
- ___Kyllä, laboratoriotesteillä Mitä? _____ Koska? _____

Aikaisemmat urheiluvammat

Mikäli rastitat ”Kyllä”, kirjaa vammat tarkempi selvitys kohtaan

53. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja? Kyllä Ei
54. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja Kyllä Ei
55. Onko sinulla ollut luunmurtumia? Kyllä Ei
56. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä luun vammoja? Kyllä Ei
57. Onko sinulle tehty kuvantamistutkimuksia? (ultraääni, röntgen, magneetti,CT?) Kyllä Ei
Mitä? Miksi? _____
58. Oletko käynyt koskaan fysioterapeutilla? Kyllä Ei
Milloin ja miksi? _____
59. Onko sinulle tehty leikkauksia? Kyllä Ei
60. Onko sinulla esiintynyt toistuvia selkäkipuja? Kyllä Ei

Henkinen hyvinvointi

61. Oletko yleensä iloinen ja tyytyväinen itseesi? Kyllä Ei
62. Onko sinulla
- a. väsymystä Kyllä Ei
 - b. alavireisyyttä Kyllä Ei
 - c. jännittyneisyyttä Kyllä Ei
 - d. ahdistusta Kyllä Ei
 - e. motivaation puutetta Kyllä Ei

63. Oletko tyytyväinen
- | | | |
|---------------------------------|-------|----|
| a. työ-/opiskelutilanteesi | Kyllä | Ei |
| b. taloudelliseen tilanteesi | Kyllä | Ei |
| c. perhe- ja ystävyssuhteisiisi | Kyllä | Ei |
64. Arvioi tämän hetkinen mielialasi: _____

Naisurheilijoille tarkoitetut kysymykset:

65. Ovatko kuukautesi alkaneet ja minkä ikäisenä? _____
- | | | |
|---|--|--|
| a. Kuukautiskiertoni ovat säännölliset ja niiden kesto on noin _____ päivää | | |
| b. Kuukautiskiertoni ovat epäsäännölliset ja tulevat noin _____ kertaa vuodessa | | |
| c. Kuukautiseni ovat olleet poissa _____ kuukautta | | |
66. Käytätkö lääkinnällistä ehkäisyä? _____ Mitä? _____
- | | | |
|--|-------|----|
| | Kyllä | Ei |
|--|-------|----|

Tämän hetkiset hoitopolut ja terveydenhuoltoverkosto

67. Mihin olet yhteydessä seuraavissa tilanteissa?
- | | | |
|--|--|--|
| a. Akuutit tapaturmat harjoituksissa/kisoissa _____ | | |
| b. Akuutti sairaus tai vaiva (hengitystieinfektio, rasitusvamma) _____ | | |
| c. Muut sairaudet/vaivat (astma, toistuvat polvi tai olkapäävaivat?) _____ | | |
68. Onko sinulla "omalääkäri", joka kantaa kokonaisvastuun terveydenhuollostasi?
- | | | | |
|----|---|--|--|
| Ei | Kyllä, lääkärin nimi ja toimipaikka _____ | | |
|----|---|--|--|
69. Onko sinulla "omafysioterapeutti", jonka kanssa olet yhteydessä säännöllisesti/tarvittaessa?
- | | | | |
|----|--|--|--|
| Ei | Kyllä, fysioterapeutin nimi ja toimipaikka _____ | | |
|----|--|--|--|
70. Onko jotain mitä ei ole tullut esille?
- | | | |
|--|-------|----|
| | Kyllä | Ei |
|--|-------|----|
71. Onko sinulla jokin vaiva minkä haluaisit, että tutkittaisiin tarkemmin?
- | | | |
|--|-------|----|
| | Kyllä | Ei |
|--|-------|----|
72. Mistä aiheesta haluaisit lisätietoa? _____

Tarkempi selvitys, mainitse kysymyksen tai selvitetävän kohdan numero:

Suostumukset tietojen tallentamiseen ja luovutukseen

Haluan, että terveystarkastustietoni tallennetaan lääkäriaseman potilasrekisteriin	Kyllä	Ei
Annan suostumukseni hoitosuhteeni edellyttäessä tarkastustietojeni luovuttamiseen lääkäriaseman organisaatiossa toimivien hoitooni osallistuvien terveydenhuollon ja liikunnan ammattihenkilöiden välillä	Kyllä	Ei
Saako tarkastustuloksiasi käyttää nimettömästi tutkimusmateriaalina?	Kyllä	Ei
Harjoitteluuni vaikuttavia terveystietojani saa tarvittaessa käsitellä valmentajani ja muiden terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa	Kyllä	Ei
<p>Tietosuoja-asetusten perusteella ainoastaan urheilija voi välittää tietoja terveystarkastuksestaan kolmannelle osapuolelle, kuten esimerkiksi lajiliiton lääkärielle, valmennusjohdolle tai henkilökohtaiselle valmentajalle. Urheilulääkäriasema ei näitä tietoja välitä.</p> <p>Urheilijan antamalla luvalla voi terveydenhuoltoyksikkö tehdä tietopyynnön Urheilulääkäriasemalle.</p>		

_____	_____
	Allekirjoitus

	Alaikäiseltä huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys