# TERVEYSKYSELY

**Nimi**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Henkilötunnus:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Osoite:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Postinumero ja - toimipaikka:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Puhelin:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **E-mail:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pituus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm Paino \_\_\_\_\_\_\_\_ kg**

**Kuntoliikunnan harrastus** (ympyröi oikean vaihtoehdon numero):

1. ei lainkaan 2. satunnaisesti 3. keskimäärin 1-2 kertaa/vko 4. keskimäärin 3-4-kertaa/vko 5. >5 kertaa/vko

**Tavallisimmat liikuntalajini**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oma kuntoarvio**: 1. heikko 2. välttävä 3. keskitasoinen 4. hyvä 5. erinomainen

**Oireet viimeisen 6 kuukauden aikana**: **kyllä ei en osaa sanoa**

1. Onko Sinulla ollut rintakipuja? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

2. Ilmaantuuko rintakipu useimmiten fyysisessä rasituksessa? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

3. Tuntuuko rintakipu tavallisimmin rintalastan seudussa? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

4. Helpottuuko rintakipu nitroglyseriinillä (Nitro)? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

5. Onko Sinulla rasitukseen liittyvää hengenahdistusta? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

 (ilmanloppumisen tunne; ei voimakasta hengästymistä)

6. Onko Sinulla huimausoiretta? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

7. Onko Sinulla rytmihäiriötuntemusta? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

8. Onko Sinulla toistuvia, liikuntaa haittaavia selkäkipuja? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

9. Onko Sinulla toistuvia niska-hartiaseudun kipuja? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

10. Onko Sinulla toistuvia liikuntaa haittaavia nivelkipuja? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

 Missä nivelissä?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Oletko tuntenut poikkeavaa uupumusta liikkuessasi? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

12. Aiheuttaako fyysinen rasitus Sinulle usein päänsärkyä? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Kysely jatkuu seuraavalla sivulla

**Todetut sairaudet**: Onko Sinulla tai onko Sinulla ollut jokin/jotain seuraavista? (ympyröi)

01 sepelvaltimotauti 02 sydäninfarkti 03 kohonnut verenpaine

04 sydänläppävika 05 aivohalvaus 06 aivoverenkierron häiriö

07 sydämen rytmihäiriö 08 sydämentahdistin 09 kävelykipua pohkeissa

10 sydänlihassairaus 11 syvälaskimotukos 12 muu verisuonisairaus

13 kroon. keuhkoputkentulehdus 14 keuhkolaajentuma 15 astma

16 muu keuhkosairaus 17 allergia 18 kilpirauhasen toimintahäiriö

19 diabetes 20 anemia 21 korkea veren kolesteroli

22 korkea verensokeri 23 nivelreuma 24 nivelrikko/-kuluma

25 krooninen selkäsairaus 26 mahahaava 27 tyrä

28 ruokatorven tulehdus 29 mielenterveyden ongelma 30 kasvain tai syöpä

31 leikkaus äskettäin 32 tapaturma äskettäin 33 kohonnut silmänpaine

34 matala veren magnesium/kalsiumpitoisuus 35 näön tai kuulon heikkous

36 muita sairauksia tai oireita lisätietoja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lääkitys**: Käytättekö säännöllisesti jotain lääkitystä? (ympyröi)

1. en 2. kyllä, mitä:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tupakointi** (ympyröi oikea vaihtoehto)

1. En 2. Olen lopettanut \_\_\_\_v. sitten 3. Tupakoin n. \_\_\_\_ savuketta/piipullista/sikaria/pv.

**Alkoholin käyttö** (ympyröi oikea vaihtoehto)

1. Ei koskaan 2. Kuukausittain 3. Viikottain

**Raskaus, synnytykset**:

1. Olen raskaana, \_\_\_\_\_ raskausviikko 2. Olen hiljattain synnyttänyt, \_\_\_\_\_kk sitten

**Kuumetta, flunssaista oloa, mahatautia tai muuten poikkeavaa väsymystä viimeisten 2 viikon aikana?**

1. ei 2. kyllä, mitä\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Alla oleva lupakysely säilytetään ODL Liikuntaklinikalla ja voit halutessasi muuttaa suostumustasi testitietojen käyttöön liittyen.*

**\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Testitulosten lähettäminen, säilytys ja käyttö**

 kyllä ei

1. Testituloksiani saa säilyttää ODL Liikuntaklinikalla uusintatestiä varten \_\_\_\_ \_\_\_\_

2. Testituloksiani saa nimettömänä käyttää testien viitearvojen kehittämiseen \_\_\_\_ \_\_\_\_

3. Testitulokset saa lähettää minulle sähköpostilla \_\_\_\_ \_\_\_\_

4. Testitulokseni saa lähettää myös valmentajalleni \_\_\_\_ \_\_\_\_

5. Testitulokseni saa lähettää myös urheiluseuralleni \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Allekirjoitus**

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 allekirjoitus nimenselvennös