

## Nuorisoneuvolan esitietolomake

Täytä lomake sähköisesti (tallenna koneellesi, täytä koneella ja tulosta) tai tulosta ja täytä käsin.

Päivämäärä:

### Henkilötiedot

Sukunimi Etunimet
Henkilötunnus
Puhelinnumero
Lähiomainen
Koulutus, koulu- tai työpaikka

### Terveydentila

Onko sinulla seuraavia terveydentilaan liittyviä asioita?		
Hoitoa tai seurantaa vaativia fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Päänsärkyjä tai migreeniä	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Iho-ongelmia tai aknea	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Säännöllisesti tai tilapäisesti käytössä olevia lääkkeitä tai mäkikuismaa sisältäviä valmisteita	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Allergioita	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Leikkauksia tai sairaalahoitojaksoja	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:

Onko sinulla seuraavia oireita?		
Hengenahdistus tai vatsavaivat	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Väsymys tai univaikeudet	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Ahdistuneisuus tai mielialavaihtelut	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Ihmissuhdevaikeudet tai yksinäisyys	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Huolia tai ongelmia syömiseen, painoon, ruokahaluun liittyen	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Jotain muita oireita	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:

### Lähisuvun sairaudet

Onko lähisuvussasi (sisarukset, vanhemmat, vanhempien sisarukset, isovanhemmat) jollain todettu tai epäilty seuraavia sairauksia?		
Veren hyytymistekijähäiriö	Kyllä <input type="checkbox"/>	Kenellä, minkä ikäisenä:
Laskimotukos tai veritulppa (sydän, aivo, keuhko, jalat)	Kyllä <input type="checkbox"/>	Kenellä, minkä ikäisenä:

Gynekologiset sairaudet (esim. endometrioosi)	Kyllä <input type="checkbox"/>	Kenellä, minkä ikäisenä:
Korkea kolesteroli, verenpainetauti tai diabetes	Kyllä <input type="checkbox"/>	Kenellä, minkä ikäisenä:
Syöpä (esim. rintasyöpä)	Kyllä <input type="checkbox"/>	Kenellä, minkä ikäisenä:
Mielenterveysongelma	Kyllä <input type="checkbox"/>	Kenellä, minkä ikäisenä:
Jokin muu sairaus, kuten kilpirauhassairaus tai migreeni	Kyllä <input type="checkbox"/>	Kenellä, minkä ikäisenä:

### Nikotiinituotteet ja päihteet

Käytätkö seuraavia nikotiinituotteita tai päihteitä?		
Tupakka, nuuska, sähkötupakka, nikotiinikorvaushoito	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mitä, kuinka usein, määrä:
Alkoholi	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mitä, kuinka usein, määrä:
Huumeet (esim. kannabis)	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mitä, kuinka usein, määrä:
Lääkkeet (esim. rauhoittavat)	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mitä, kuinka usein, määrä:
Liimat	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mitä, kuinka usein, määrä:

### Seksuaaliterveys

Oletko saanut hpv-rokotteen?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Onko sinulla seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia tai huolia?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Onko sinulla kokemuksia seksuaalisesta häirinnästä tai väkivallasta?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Onko sinulle tehty ympärileikkaus (toimenpide sukuelinten alueelle kulttuurisista tai muista ei-lääketieteellisistä syistä)?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Miten kulttuurissasi suhtaudutaan ympärileikkaukseen?		

### Kysymykset tytöille

Kuukautiset	Kuukautisten alkamisikä tai vuosi:				
	Viimeisten kuukautisten alkamispäivä:				
	Kuukautiskierron pituus vuorokausina (lasketaan vuodon alkamisesta seuraavan vuodon alkamiseen):				
	Vuodon kesto vuorokausina:				
	Vuodon runsaus:	Niukka <input type="checkbox"/>	Tavallinen <input type="checkbox"/>	Runsas <input type="checkbox"/>	Ei vuotoa <input type="checkbox"/>
	Kuukautiskivut:	Ei <input type="checkbox"/>	Lievät <input type="checkbox"/>	Kovat <input type="checkbox"/>	
Käytössä oleva kuukautiskipu- tai särkylääke:					
Ehkäisy	Tämänhetkinen ehkäisy	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mikä ja milloin:		

	Aiempi ehkäisy	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mikä ja milloin:
	Jälkiehkäisy	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mikä ja milloin:
Raskaudet	Raskaudet	Kyllä <input type="checkbox"/>	Milloin:
	Keskenmenot	Kyllä <input type="checkbox"/>	Milloin:
	Raskaudenkeskeytykset	Kyllä <input type="checkbox"/>	Milloin:
Intiimialueen sairaudet ja oireet	Häiritsevää valkovuotoa	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
	Kutina	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
	Kirvely	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
	Yhdyntäkivut	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
	Alavatsakivut	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
	Välivuodot	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
	Virtsavaivat	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
	todetut sukupuolielinten sairaudet	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mikä ja milloin:
	seksitaudit (klamydia, kondylooma, herpes, jokin muu)	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mikä ja milloin:

### Kysymykset pojille

Onko sinulla todettu seksitauteja (mm. klamydia, kondylooma, herpes)?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mikä ja milloin:
Onko sinulla intiimialueen ongelmia, esim. ahdas esinahka?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:
Onko sinulla herkkä tai pitkittynyt siemensyöksy tai erektio-ongelmia?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Lisätietoja:

### Lisätietoja ja toiveita käynnille

Mistä muista asioista haluaisit keskustella?
Huolestuttaako sinua jokin asia? Mikä?

Kiitos vastauksestasi!