

Opiskeluterveydenhuollon esitetietolomake ehkäisyn aloituskäyntiä varten

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

Päivämäärä

Henkilötiedot

Nimi
Syntymäaika

Terveydentila

	Kyllä	Ei	Lisätietoja
Pysyvä tai pitkäkestoinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Säännöllinen lääkitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aurallinen migreeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Iho-ongelmat, mm. akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lääkeaineallergiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mäkikuismaa sisältävien valmisteiden käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tukostaipumus (hyytymistekijähäiriö)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laskimotukos (esim. keuhkoembolia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aivoverenkiertohäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sepelvaltimotauti tai sydänkohtaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rintasyöpä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Lähisuvun sairaudet (vanhemmat ja sisarukset)

	Kyllä	Ei	Ei tietoa	Lisätietoja (mitä, kenellä, ikä)
Tukostaipumus (hyytymistekijähäiriö)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laskimotukos (esim. keuhkoembolia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aivoverenkiertohäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sepelvaltimotauti tai sydänkohtaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rintasyöpä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nikotiinituotteet ja päihteet

	Kyllä	Ei	Lisätietoja (laatu ja määrä)
Tupakka, nuuska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Huumeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kuukautiset

Alkamisikä	vuotta		
Viimeisten kuukautisten alkamispäivä			
Kierron pituus	päivää (lasketaan ensimmäisestä vuotopäivästä seuraavien kuukautisten ensimmäiseen vuotopäivään)		
Vuodon kesto	päivää		
Vuoron määrä	Niukka <input type="checkbox"/>	Tavanomainen <input type="checkbox"/>	Runsas <input type="checkbox"/> Tarvitsen apua <input type="checkbox"/>
Kuukautiskivut	Ei <input type="checkbox"/>	Miedot <input type="checkbox"/>	Melko voimakkaat <input type="checkbox"/> Voimakkaat <input type="checkbox"/> Tarvitsen apua <input type="checkbox"/>
Kuukautiskipulääkitys	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mikä lääke, kuinka usein ja millä annoksella?

Aikaisempi ehkäisy

Aikaisempi hormonaalinen ehkäisy	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Lisätiedot (valmiste, sopivuus, käyttöaika, sivuoireet):
Jälkiehkäisy	Montako kertaa:		Milloin viimeksi:

Seksuaaliterveys

Oletko ollut yhdynnässä?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Jos kyllä, minkä ikäisenä ensimmäinen?
Seksikumppanien määrä			
Raskaudet	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Määrä, vuodet
Synnytykset	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Määrä, vuodet
Keskenmenot	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Määrä, vuodet
Abortit	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Määrä, vuodet
Suojaamattomia yhdyntöjä tai seksikontakteja	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Lisätietoja
Sairastetut seksitaudit	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Milloin, mikä
Seksitautitestit tehty	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Milloin, mitkä
HPV-rokote	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Vuosi, annokset
Gynekologinen tutkimus tehty	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Milloin
Papakoe otettu	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Milloin, tulos
Gynekologiset sairaudet	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Milloin, mikä
Gynekologisia oireita tai ongelmia (kutina, kirvely, yhdyntäkivut)	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Lisätietoja
Osaatko tutkia rintasi?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Lisätietoja

Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset

Oletko kokenut seksuaalista häirintää tai väkivaltaa?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Lisätietoja
Haluatko keskustella jostain seksiin, seksuaalisuuteen tai ehkäisyyn liittyvästä asiasta?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Lisätietoja
Onko sinulle tehty ympärileikkaus (toimenpide sukuelinten alueelle kulttuurisista tai muista ei-lääketieteellisistä syistä)?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Lisätietoja

Terveydenhoitajan tutkimukset (terveydenhoitaja täyttää)

Pituus	
Paino	
BMI	
Verenpaine	