

Henkilötiedot				
Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus		Puhelin (koti)
				Matkapuhelin
Osoite		Postinume- ro	Postitoimipaikka	Työpuhelin
TERVEYSTIEDOT				
Pituus	Paino	Oletteko koskaan tupakoit- nut? <input type="checkbox"/> En koskaan <input type="checkbox"/> Olen lopettanut vuonna ____ <input type="checkbox"/> Tupakoin edelleen	Käytättekö alkoholia? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä _____ annosta/viikko	
Oletteko raskaana? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en		Kuinka monta vuotta olette tupakoitnut? _____ Kuinka monta askia poltatte / poltitte ennen lopettamista? (aski = 20 savuketta, 10 savu- ketta = 0.5 askia, 5 savuketta = 0.25 askia) _____	Käytättekö tai oletteko käyttänyt huu- meita tai huumaavia aineita? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä? _____ <input type="checkbox"/> Aikaisemmin, lopettanut vuonna _____ <input type="checkbox"/> Olen vieroitushoidossa	
Imetättekö? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en				
Millainen on näköne? <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Alentunut <input type="checkbox"/> Sokea		Hampaisto. Onko teillä? <input type="checkbox"/> Proteesi <input type="checkbox"/> Kiinteä silta <input type="checkbox"/> Implantti/nastahammas/kruunu <input type="checkbox"/> Heiluvia tai irtoamisriskissä olevia hampaita? <input type="checkbox"/> Oikomiskoje <input type="checkbox"/> Omat, hoidetut hampaat <input type="checkbox"/> Omat, huonot hampaat <input type="checkbox"/> Muuta huomioitavaa hampaistos- sa, mitä? _____		
Onko käytössänne jokin apuväline (esim. kuulolaite, pyörätuoli, hengityksen apuväline jne.)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? _____				
Onko elimistössänne metallia (esim. tekonivel, ruuvit, tahdistin, ihonalainen implantti tms.)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, missä? _____				
Oletteko bakteerin tai viruksen kantaja (esimerkiksi, HIV, MRSA, VRE, ESBL, Clostridium 027, Hepatiitti (A, B, C, D) tuberkuloosi)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, minkä? _____				
Oletteko ollut ulkomailla sairaalahoitossa vuoden sisällä? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, missä? _____				
Allergiat				
Oletteko saanut lääkkeitä allergisia oireita? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä oireita ja mistä lääkkeitä? _____				
Oletteko allerginen lateksille/kumille? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä				
Oletteko allerginen jollekin muulle esim. kalalle, pähkinälle, soijalle, teipeille? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mille? _____ Mitä oireita saitte? _____				

FYYSINEN KUNTO**Esiintyykö Teillä hengenhdistusta:**

- ei
 kovassa rasituksessa
 kevyessä rasituksessa
 levossa, pukeutuessa

Esiintyykö Teillä puristavaa rintakipua:

- ei
 kovassa rasituksessa
 kevyessä rasituksessa
 levossa, pukeutuessa

Kuinka monta kerrosväliä rappusia pystytte nousemaan pysähtymättä?

- en yhtään
 1
 2
 3 tai enemmän

LÄÄKITYS**Käytättekö veren hyytymiseen vaikuttavia lääkkeitä?**

- Aspirin, Disperin, Primaspan, Asasantin
 Marevan
 Pradaxa
 Klexane, Innohep, Fragmin
- Plavix / Clopidogrel, Brilique, Efiend
 Xarelto
 Eliquis, Lixiana
 Muu (esim. Omega-3 –valmiste), mikä? _____

Säännöllisesti käyttämänne muut lääkkeet:

Lääkkeen nimi	Vahvuus	Annostelu	Kellonaika			

Satunnaisesti/ tarvittaessa käyttämänne lääkkeet:

Lääkkeen nimi	Vahvuus	Annostus

Oletteko käyttänyt kortisonilääkitystä viimeisen 6 kuukauden aikana?

- Ei Kyllä, Lääkkeen nimi, vahvuus ja käyttöaika? _____

SAIRAUDET

Keuhkosairaudet

- | | | | | |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| Astma | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Krooninen keuhkoputkitulehdus tai keuhkohtaumatauti | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Uniapnea | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Muu keuhkosairaus, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |

Diabetes

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-tyyppin | <input type="checkbox"/> | 2-tyyppin | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | Ruokavaliohoitoinen | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | Tablettihoitoinen | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | Insuliinihoitoinen | <input type="checkbox"/> |

Sydän- ja verisuonisairaudet

- | | | | | |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| Verenpainetauti | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Korkea kolesteroli | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Sepelvaltimotauti | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Sydäninfarkti, milloin? _____ | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Läppävika tai muu rakenteellinen sydänvika | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Sydämen vajaatoiminta | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Rytmihäiriö, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Katkokävelyoire | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Syvä laskimotukos tai keuhkoveritulppa | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Muu hoitoa vaativa sydän- tai verisuonisairaus, mikä? | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |

Munuais- ja virtsateiden sairaudet

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| Munuaisten vajaatoiminta | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Dialyysihoito | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Munuaissairaus, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Virtsaamisvaikeuksia, minkälaisia? | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |

Reumasairaudet

- | | | | | |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| Nivelreuma | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Nivelreumaan liittyvä merkittävä kaularankamuutos (AAS) | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Muu reumasairaus, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |

Maksa- ja ruuansulatuskanavan sairaudet

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| Maksakirroosi | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Muu maksasairaus, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Sappiteiden sairaus | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Refluksitauti | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Palleatyrä | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| Muu suolistosairaus, mikä? | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |

Aikaisemmat toimenpiteet ja leikkaukset

Aika / v.	Toimenpide	Nukutus / puudutus

Onko Teillä ollut ongelmia aikaisempien nukutusten, puudutusten ja/tai varjoainekuvausten yhteydessä

- Ei ongelmia
 Pahoinvointia
 Päänsärkyä selkäpuudutuksen jälkeen
 Intubaatiovaikeus
 Muita ongelmia, mitä? _____

Onko lähisukulaisillanne ollut ongelmia nukutukseen/puudutukseen liittyen?

- Ei kyllä, kenellä ja mitä? _____

Onko Teistä otettu röntgenkuvia mahdolliselta toimenpidealueelta?

- Ei Kyllä (HUOM! Ottakaa hallussanne olevat röntgenkuvat mukaan tullessanne sairaalaan)

Toimenpiteen jälkeen tarvitsemanne todistukset

- Sairauslomatodistus (SVA)
 Matkakorvaustodistus
 B-lausunto
 Todistus vakuutusyhtiötä varten
 Muu todistus, mikä? _____

Vakuutusyhtiö?

Leikkaus voidaan tehdä päiväkirurgisesti (=toimenpide ja kotiutuminen samana päivänä) vain siinä tapauksessa, että Teillä on aikuinen tukena kotimatalla ja kotona.

- Aikuinen seuralainen järjestyy seuraavaan aamuun. Nimi ja puhelinnumero: _____

Saavatko hoitotyön opiskelijat osallistua hoitoosi Kyllä Ei

Muita lisätietoja (esimerkiksi erityisruokavalio?).

Olen täyttänyt lomakkeen totuudenmukaisesti ja olen valmis noudattamaan annettuja ohjeita.

_____ / _____ 20 _____

Allekirjoitus