

## ODL LIIKUNTAKLINIKKA

### URHEILIJAN TERVEYSKYSELY

Nimi: \_\_\_\_\_ Sukupuoli: M / N Ikä \_\_\_\_  
Sotu: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Osoite: \_\_\_\_\_  
Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_ Puhelin: \_\_\_\_\_  
Omalääkäri ja toimipaikka: \_\_\_\_\_  
Lähimainen + puhelinnumero: \_\_\_\_\_  
Laji: \_\_\_\_\_ Valmentaja: \_\_\_\_\_  
Aikaisemmat lajit: \_\_\_\_\_  
Lajivalinnan ajankohta: \_\_\_\_\_

### TERVEYDENTILA

#### 1. Todetut sairaudet: (ympyröi)

#### tai löydökset/oireet

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| a. Astma                                | m. Poikkeavaa verenpainetta           |
| b. Diabetes                             | n. Poikkeavia sydänääniä              |
| c. Sydänsairaus                         | o. Poikkeavaa sydänfilmiä             |
| d. Epilepsia                            | p. Poikkeavia veriarvoja              |
| e. Masennus                             | q. Hengenahdistusta rasituksessa      |
| f. Ahdistuneisuus                       | r. Hengenahdistusta levossa           |
| g. Kilpirauhasen toimintahäiriö         | s. Rintakipua rasituksessa            |
| h. Reuma                                | t. Rytmihäiriötuntemusta rasituksessa |
| i. Toistuva ihottuma                    | u. Tajunnan menetystä rasituksessa    |
| j. Allergia _____                       | v. Yli 3 infektiosairautta vuodessa   |
| k. Aivotärähdys milloin viimeksi: _____ |                                       |
| l. Muu mikä: _____                      |                                       |

#### 2. Käytössä olevat käsikauppa- ja reseptilääkkeet? (esim. antihistamiini keväisin)

| Valmisteen nimi | Vahvuus ja annostus |
|-----------------|---------------------|
|                 |                     |
|                 |                     |
|                 |                     |
|                 |                     |
|                 |                     |
|                 |                     |

3. Onko suvussasi tiedossa sydän- ja verenkiertosairauksia? Kyllä Ei
4. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia? Kyllä Ei
5. Onko suvussasi tiedossa astmaa? Kyllä Ei
6. Oletko saanut Influenssarokotuksen viimeisen vuoden aikana? Kyllä Ei
- Hepatiitti-A rokotus (vuosi) \_\_\_\_\_ Kyllä Ei
- Hepatiitti-B rokotus (vuosi) \_\_\_\_\_ Kyllä Ei
7. Oletko saanut normaalin rokotusohjelman mukaiset rokotukset? Kyllä Ei
8. Onko sinulle tehty leikkauksia? Kyllä Ei
- jos, niin mitä? \_\_\_\_\_

## KASVU JA UNI

9. Onko sinulla ollut jo murrosiän nopean kasvun vaihe (kasvu 8-15cm vuoden aikana) Kyllä Ei
10. Minkä ikäisenä nopean kasvun vaihe sinulla alkoi? \_\_\_\_vuoden ja \_\_ kuukauden ikäisenä
11. Onko sinulla ollut ongelmia nukkumisen kanssa Kyllä Ei
12. Montako tuntia nukut yöunta keskimäärin arkena? (klo 22-07 = 9 tuntia) \_\_\_\_\_tuntia

## HARJOITTELU

13. Harjoittelen \_\_\_\_\_kertaa ja \_\_\_\_\_ tuntia keskimäärin viikossa.
14. Teetkö omatoimisia lihahuoltoharjoitteita harjoitusten ulkopuolella? Kyllä Ei
15. Onko harjoitusohjelmasi muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana? Kyllä Ei
- Jos on, niin miten? \_\_\_\_\_
16. Onko fysioterapeutti tehnyt sinulle lihastasapainokartoitusta? Kyllä Ei
- Jos on, mitä siinä todettiin? \_\_\_\_\_

## AIKAISEMMAT URHEILUVAMMAT

17. Mitä urheiluvammoja sinulla on ollut (esim. rasisurmurtumat, traumat):
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

18. Kipu- ja oirepiirros ja kivun/oireen voimakkuus

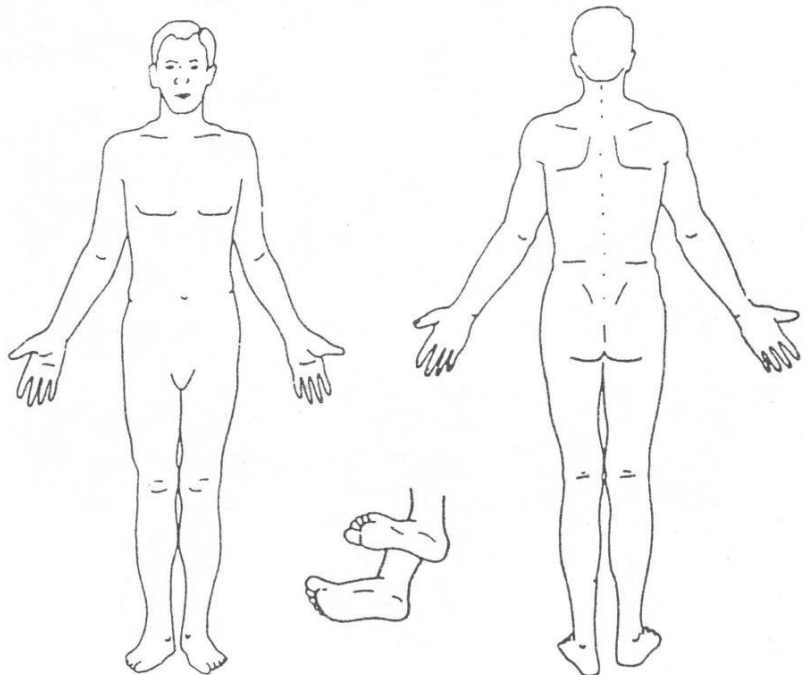
**Merkitse** alla olevaan ihmishahmoon alue/alueet, jolla olet tuntenut kipua tai muita oireita viimeksi kulu-  
neen **viikon** aikana. Käytä alla olevia merkkejä kuvaamaan oireitasi:

Särky, kipu, jomotus XXXXXX

Säteilykipu >>>>>

Puutuneisuus, turtumus IIIIIIIII

Jäykkyys, väsymys 000000



## MIELIALA

19. Oletko viime aikoina pystynyt keskittymään tehtäviisi? Kyllä Ei
20. Oletko viime aikoina tuntenut pystyväsi tekemään päätöksiä? Kyllä Ei
21. Oletko viime aikoina tuntenut olevasi jatkuvasti yllirasittunut? Kyllä Ei
22. Oletko viime aikoina tuntenut itsesi onnettomaksi ja masentuneeksi? Kyllä Ei
23. Oletko viime aikoina menettänyt itseluottamustasi? Kyllä Ei

## RAVITSEMUS

24. Kuinka monta kertaa syöt aterian tai välipalan vuorokauden aikana? \_\_\_\_\_
25. Syötkö päivittäin vähintään yhden lämpimän aterian? Kyllä Ei
26. Syötkö päivittäin
- Maitotuotteita, esim. maitoa, jukurttia, juustoa, rahkaa? Kyllä Ei
  - Kasviksia, marjoja tai hedelmiä? Kyllä Ei
  - Margariinia, öljyä tai öljypohjaisia salaatikastikkeita? Kyllä Ei
  - Lihaa, kalaa, broileria tai palkokasveja? Kyllä Ei
  - Täysjyväleipää, puuroja, riisiä, perunaa tai pastaa Kyllä Ei
27. Nautitko useammin kuin kerran viikossa
- Pitsaa, hampurilaisia, muita suolaisia leivonnaisia? Kyllä Ei
  - Perunalastuja, muita suolaisia naposteltavia? Kyllä Ei
  - Virvoitusjuomia, sokeroituja mehuja tai energiajuomia? Kyllä Ei
28. Syötkö päivittäin enemmän kuin yhden annoksen makeita leivonnaisia tai yli 50 g suklaata tai muita makeisia? Kyllä Ei
29. Syötkö mielestäsi sopivasti herkkuja? Kyllä Ei
30. Juotko jokaisen aterian yhteydessä pari lasillista juomaa (vettä, maitoa tai piimää)? Kyllä Ei
31. Käytätkö ravintolisiä? Kyllä Ei

Jos vastasit kyllä, mitä (rasti kaikkiin mitä käytät)

- vitamiini- ja/ tai kivennäisainevalmisteita
  - kalaöljyvalmisteita
  - hiilihydraattivalmisteita
  - sekä proteiinia että hiilihydraatteja sisältäviä valmisteita
  - proteiini- ja/ tai aminohappovalmisteita
  - kreatiinia
  - muita, mitä
32. Käytätkö päivittäin D-vitamiinivalmistetta? Kyllä Ei

33. Käytätkö alkoholia? Kyllä Ei
- Kyllä, humaltuakseni
- harvemmin kuin kerran viikossa
  - kerran viikossa
  - useammin kuin kerran viikossa
- Kyllä, 1-2 annosta kerralla
- 1-2 kertaa viikossa tai harvemmin
  - 3 kertaa viikossa tai useammin
34. Huolestuttaako sinua joskus ajatus, ettet pysty hallitsemaan syömisesi määrää? Kyllä Ei
35. Oletko laihtunut tai lihonut lähiaikoina yli kolme kiloa kolmen kuukauden aikana? Kyllä Ei
36. Oletko tyytyväinen painoosi? Kyllä Ei
- Jos et, paljonko haluat painaa? \_\_\_\_\_
37. Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha? Kyllä Ei
38. Hallitseeko ruoka mielestäsi liikaa elämääsi? Kyllä Ei
39. Haluaisitko/Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen? Kyllä Ei
40. Tunnetko syyllisyyttä joidenkin ruokien syömisestä? Kyllä Ei
41. Onko sinulla tarvetta ja halua saada ohjausta ravitsemukseen ja ruokavalioon? Kyllä Ei
42. Oletko aikaisemmin saanut ravitsemusohjausta? Kyllä Ei

**VAIN NAISURHEILIJOILLE TARKOITETTUJA KYSYMYKSIÄ (57.-59.)**

43. Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat? \_\_\_\_\_-vuotiaana
44. Kuukautiskiertoni ovat säännölliset ja niiden kesto (1. vuotopäivästä seuraavien kuukautisten alkuun) on n. \_\_\_\_\_vrk Vuotopäivien määrä: \_\_\_\_\_
- Kuukautiskiertoni ovat epäsäännölliset ja tulevat n. \_\_\_\_\_ kertaa vuodessa
- Kuukautiseni eivät ole vielä alkaneet \_\_\_\_\_ Kuukautiseni ovat olleet poissa \_\_\_\_\_ kk
45. Käytätkö hormonaalista ehkäisyä (e-pilleri, kierukka, ...)? Kyllä Ei

46. Minkälaisen vaivan vuoksi haluaisit, että sinua tutkittaisiin tarkemmin?

---

47. Mistä aiheesta haluaisit lisää tietoa?

---

Yllä olevat tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Päiväys ja allekirjoitus \_\_\_\_\_

*Kiitos vastauksistasi!*

### **POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMINEN**

Potilastietoni saa tallentaa lääkäriaseman potilasrekisteriin?                      Kyllä    Ei

Potilastietojani saa käyttää nimettömänä tutkimuskäyttöön?                      Kyllä    Ei

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 201\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

**15 vuotta täyttäneiden oma allekirjoitus ja nimenselvennys**

\_\_\_\_\_  
**Alle 15-vuotiailta huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys**