

Urheilijan terveystarkastus

Nimi: _____

Sukupuoli: M N

Sotu: _____ - _____

Laji(t): _____

Valmentaja(t): _____

Osoite: _____

Sähköpostiosoite: _____ Puhelin: _____

Lähiomainen ja puhelinnumero: _____

Mitkä ovat mielestäsi parhaat saavutuksesi urheilussa?

Vastaa seuraaviin kysymyksiin RASTITTAMALLA Kyllä tai Ei.
Mikäli rastitat "Kyllä", selvitä vastauksesi sivulle 5 kohtaan "Tarkempi selvitys".

Terveydentila

- | | Kyllä | Ei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Onko lääkärisi joskus kieltänyt sinua osallistumasta harjoitukseen / kilpailuun? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Onko sinulla säännöllistä lääkitystä vaativia sairauksia (esim. astma, diabetes)?
Jos vastasit "Kyllä", kirjaa sairaudet liitteenä olevaan "Sairaushistoria"-lomakkeeseen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä? (esim. antihistamiini keväisin)
Jos vastasit "Kyllä", kirjaa lääkkeet alla olevaan taulukkoon. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Käytätkö ravintolisä (esim. monivitamiini, D-vitamiini, proteiinit, palautusjuomat)?
Jos vastasit "Kyllä", kirjaa valmisteet alla olevaan taulukkoon. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Resepti- ja käsikauppalääkitys (tabletit, suihkeet, tipat, voiteet, injektiot) ja ravintolisät:

Valmisteen nimi	Vahvuus ja annostus	Käyttösy	Lisätietoja

	Kyllä	Ei
5. Onko sinulla esiintynyt lääkeaineallergiaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oletko tuntenut rintakipua harjoituksen tai kilpailun aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen) harjoituksen tai kilpailun aikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Oletko pyörtnyt tai menettänyt tajuntasi harjoituksen tai kilpailun/ottelun aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan		
a. korkeaa verenpainetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. poikkeavia sydänääniä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. poikkeavaa sydänfilmiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. poikkeavia veriarvoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Onko suvussasi tiedossa sydän- ja verenkiertoelimistönsairauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Onko sinulle tehty leikkauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Onko sinulla rasituksessa ilmenevää hengenahdistusta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Onko suvussasi tiedossa astmaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Onko sinulla esiintynyt siitepöly-, ruoka-aine- tai eläinallergiaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Onko sinulla toistuvaa ihottumataipumusta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli 3 kertaa vuodessa) infektioita (flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Oletko sairastanut vesirokon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Onko sinulla ollut aivotärähdyksiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus-/kouristuskohtauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia (MS-tauti, epilepsia, aivohalvaus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Onko sinulla toistuvia mahaoireita kuten oksentelua, pahoinvointia, vatsakipua, ripulia, ummetusta tai närästystä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Käytätkö:		
tupakkaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nuuskaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alkoholia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Koska olet viimeksi käynyt hammaslääkärillä tai suuhygienistillä? _____		

Ravitseminen

	Kyllä	Ei
25. Syötkö aamupalaa? Mitä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Montako lämmintä ateriaa syöt päivässä? _____ kpl		
27. Montako välipalaa syöt päivässä? _____ kpl Mitä? _____		
28. Noudatanko jotain erityisruokavaliota? Mitä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Käytätkö maitotuotteita päivittäin? Mitä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | Kyllä | Ei |
|-----|--|--------------------------|--|
| 30. | Onko sinulla ollut ongelmia syömisessä tai painonhallinnassa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Koetko, että sinun pitäisi: | | |
| | a. laihtua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. saada lisää massaa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | Merkitse janalle kohta, joka kuvaa parhaiten miten koet syömisestä. | | |
| | ei hallitse elämää
ei stressiä
ei morkkista
seuraan mitä syön | ————— | hallitsee elämäni
aiheuttaa ahdistusta
morkkis
olen erittäin tarkka mitä syön |

Kasvu ja uni

- | | | Kyllä | Ei |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 34. | Murrosiän nopean kasvun vaihe (kasvu 8–15 cm vuodessa) | | |
| | a. Onko sinulla jo alkanut? Koska? _____ vuoden ja _____ kuukauden ikäisenä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Onko sinulla jo loppunut? Koska? _____ vuoden ja _____ kuukauden ikäisenä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | Isän pituus: _____ cm kypsyminen- ja pituuskasvun nopea vaihe: | | |
| | <input type="checkbox"/> 9–13 v., <input type="checkbox"/> 12–16 v., <input type="checkbox"/> 15–18 v. | | |
| 36. | Äidin pituus: _____ cm äidin kuukautisten alkamisikä: _____ | | |
| 37. | Mihin kellonaikaan yönesi ajoittuvat? klo ____ - ____ Nukutko yleensä päiväunia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. | Onko sinulla nukahtamiseen tai heräämiseen liittyviä vaikeuksia (esim. poikkeava väsymys aamulla, toivottua aikaisemmin herääminen)?
Kauanko nukahtamisesi yleensä kestää? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. | Onko sinulla epäilty seuraavia oireita nukkuessa: kuorsaaminen, levottomat jalat tai hampaiden narskuttelu?
Kuinka monta kertaa yleensä heräät yön aikana? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. | Kuinka kuvailisit numeroasteikolla unesi laatua yleensä? erittäin huono 1 2 3 4 5 erittäin hyvä | | |
| 41. | Käytätkö piristäviä valmisteita (esim. kahvi, energiajuomat, colajuomat, tee, kofeiinitabletit)?
Kuinka paljon? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. | Vaikuttaako sosiaalisen median käyttö nukkumiseesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. | Oletko saanut lääke- tai muuta hoitoa univaikeuksien vuoksi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Rokotukset ja verikokeet

- | | | Kyllä | Ei |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 44. | Oletko saanut / milloin? Influenssarokotuksen viimeisen vuoden aikana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | hepatiitti-A-rokotuksen vuonna _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | hepatiitti-B-rokotuksen vuonna _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | vesirokkorokotuksen vuonna _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | pneumokokkirokotuksen vuonna _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. | Oletko saanut normaalin rokotusohjelman mukaiset rokotukset? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. | Onko veriarvojasi seurattu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. | Mikä oli hemoglobiiniarvosi viimeksi? _____ g/l | | |

Harjoittelu

48. Montako kertaa ja montako tuntia harjoittelet keskimäärin **viikossa**?

- a. lajiharjoittelua _____ kertaa _____ tuntia
b. oheisharjoittelua _____ kertaa _____ tuntia
c. kilpailuja _____ kertaa _____ tuntia
d. koululiikuntaa _____ kertaa _____ tuntia
e. muuta _____ kertaa _____ tuntia

49. Monenako päivänä viikossa et urheile? _____ päivänä

50. Teetkö omatoimisia lihashuoltoharjoitteita (venyttely, lihaskunto, tasapaino) harjoitusten ulkopuolella?

Kyllä _____ min/kerta _____ kertaa/vko En, miksi? _____

51. Miten urheilukautesi jaksottuu vuoden aikana?

52. Miten harjoittelusi on viime kaudesta muuttunut? _____

53. Tuntuuko että palaudut tällä hetkellä urheilusta normaalisti?

54. Onko sinulla koskaan ollut alipalautumisongelmia?

55. Palautumistani seurataan säännöllisesti testeillä ei eos

kyllä, kenttätesteillä. Mitä? _____ Koska? _____

kyllä, laboratoriotesteillä. Mitä? _____ Koska? _____

Aikaisemmat urheiluvammat

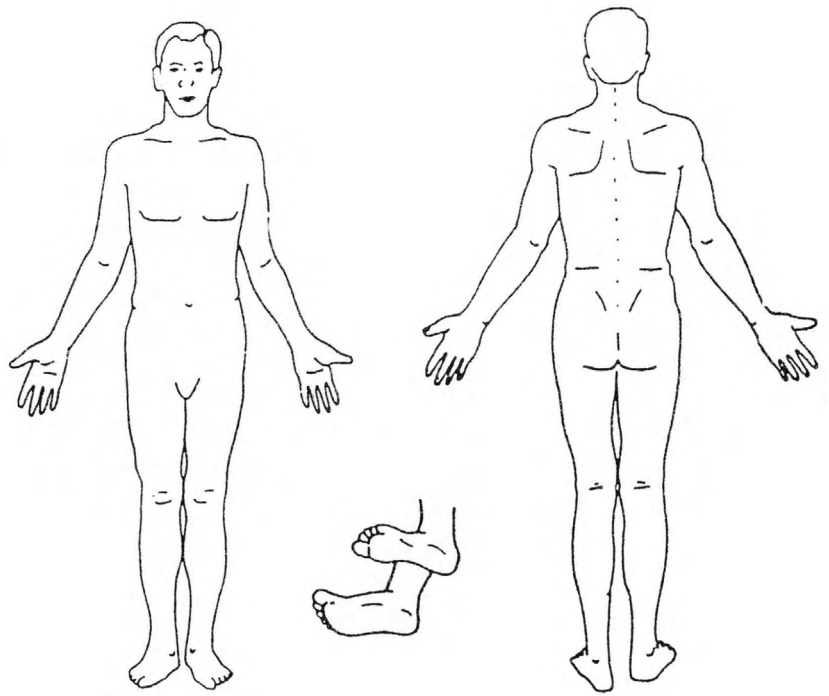
Mikäli rastitat ”Kyllä”, kirjaa vammat liitteenä olevaan ”Vammahistoria”-lomakkeeseen.

- | | Kyllä | Ei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 56. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Onko sinulla ollut luunmurtumia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä luun vammoja (esim. rasitusmurtuma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Onko sinulle tehty kuvantamistutkimuksia (ultraääni, röntgen, magneetti, CT?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- mitä/miksi? _____

61. Kipu- ja oirepiirros

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

Särky, kipu, jomotus XXXXXXXX
 Puutuneisuus, turtumus IIIIIIIII
 Jäykkyys 000000



62. Kivun / oireen voimakkuus

Merkitse **rasti** siihen kohtaan, mikä parhaiten kuvaa kipusi/oireesi voimakkuutta **viimeksi kuluneen kuukauden aikana**:

	ei lainkaan kipua					pahin mahdollinen kipu				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alaselkäkipu										
Alaraajakipu										
Niska-hartiakipu										
Yläraajakipu										

63. Onko fysioterapeutti tehnyt sinulle koskaan lihastasapainokartoitusta?

ei eos kyllä, fysioterapeutin nimi _____ koska _____

Mitä toimenpiteitä se aiheutti? _____

Kyllä Ei

64. Oletko käynyt koskaan fysioterapeutilla

Milloin ja miksi? _____

Henkinen hyvinvointi

Kyllä Ei

65. Oletko yleensä iloinen ja tyytyväinen itseesi?

- 66. Onko sinulla väsymystä**
- stressiä
 - alavireisyyttä
 - jännittyneisyyttä
 - ahdistusta
 - motivaation puutetta

- 67. Oletko tyytyväinen**
- työ-/opiskelutilanteeseesi
 - taloudelliseen tilanteeseesi
 - perhe- ja ystävyssuhteisiisi

68. Arvioi tämän hetken mielialasi _____

Vain naisurheilijoille tarkoitettut kysymykset:

69. Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat? _____-vuotiaana

70. Valitse sopivin vaihtoehto:

- Kuukautisesi ovat säännölliset ja kuukautiskiertoni kesto (1. vuotopäivästä seuraavien kuukautisten alkuun) on n. _____ vrk Vuotopäivien määrä: _____ vrk
- Kuukautisesi ovat epäsäännölliset ja tulevat n. _____ kertaa vuodessa
- Kuukautisesi eivät ole vielä alkaneet.
- Kuukautisesi ovat olleet poissa _____ kk

Kyllä Ei

71. Käytätkö lääkinnällistä ehkäisyä (e-pilleri, kierukka, muu, mikä? _____)

Tämän hetkiset hoitopolut ja terveydenhuoltoverkosto

72. Mihin olen yhteydessä seuraavissa tilanteissa?

akuutit tapaturmat (e. lihasvamma) harjoituksissa/kisoissa: _____

akuutti sairaus tai vaiva (hengitystieinfektio, rasitusvamma): _____

muut sairaudet/-vaivat (e. astma, toistuvat polvivaivat): _____

73. Onko sinulla "omalääkäri", joka kantaa kokonaisvastuun terveydenhuollostasi?

- ei eos kyllä, lääkärin nimi _____
toimipaikka _____

74. Onko sinulla "oma fysioterapeutti", jonka kanssa olet yhteydessä säännöllisesti/tarvittaessa?

- ei kyllä: säännöllisesti tarvittaessa
fysioterapeutin nimi ja toimipaikka _____

75. Onko jotain, mitä edellä ei tullut esille? ei kyllä, mitä _____

76. Onko sinulla jokin vaiva, minkä takia haluaisit, että sinua tutkittaisiin tarkemmin?

77. Mistä aiheesta haluaisit lisää tietoa?

LIITTEET Vammahistoria Sairaushistoria

Hanki koulun terveydenhoitajalta kasvukäyräsi mukaan terveystarkastukseen!

Potilastietojen luovuttaminen

Tietoni saa tallentaa lääkäriaseman potilasrekisteriin? kyllä ei

Paikka ja aika _____ / _____ 20_____

Allekirjoitus _____

15 vuotta täyttäneen oma allekirjoitus ja nimenselvennys

Alle 15-vuotiailta huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys

