

Urheilijan terveystarkastus

Nimi: _____ Sukupuoli: M N

Sotu: _____ - _____

Laji(t): _____

Valmentaja(t): _____

Osoite: _____

Sähköpostiosoite: _____ Puhelin: _____

Omalääkäri ja toimipaikka: _____

Lähiomainen + puhelinnumero: _____

Mitkä ovat mielestäsi parhaat saavutuksesi urheilussa?

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

Terveystarkastus

- | | 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)?
<i>Jos vastasit "Kyllä", kirjaa sairaudet liitteenä olevaan "Sairaushistoria"-lomakkeeseen.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä? (esim. antihistamiini keväisin)
<i>Jos vastasit "Kyllä", kirjaa lääkkeet alla olevaan taulukkoon, jatka tarvittaessa sivulle 6.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Käytätkö ravintolisäitä (esim. monivitamiini, D-vitamiini, proteiinit, palautusjuomat)?
<i>Jos vastasit "Kyllä", kirjaa valmisteet alla olevaan taulukkoon, jatka tarvittaessa sivulle 6.</i> | <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 pyörtynyt 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. Onko sinulla ollut aivotärähdyksiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus-/kouristuskohtauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia (MS-tauti, epilepsia, aivohalvaus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Onko sinulla toistuvia vatsakipuja tai -sairauksia (ripulia, pahoinvointia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Käytätkö:		
tupakkaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nuuskaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alkoholia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Koska olet viimeksi käynyt hammaslääkärillä tai suuhygienistillä? _____		

Ravitsemus

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

29. Onko sinulla ollut ongelmia syömisessä tai painonhallinnassa?
30. Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi?
31. Koetko, että sinun pitäisi:
- a. laihtua?
- b. saada lisää massaa?

Kasvu ja uni

- Kyllä** **Ei**
32. Onko sinulla ollut jo murrosiän nopean kasvun vaihe (kasvu 8–15 cm vuoden aikana)
33. Jos vastasit "Kyllä", minkä ikäisenä nopean kasvun vaihe sinulla alkoi?
___ vuoden ja ___ kuukauden ikäisenä
34. Onko sinulla ollut ongelmia nukkumisen kanssa (nukahtamisvaikeuksia, yöllisiä heräämisiä, kuorsaamista, poikkeavaa aamuväsymystä)?
35. Montako tuntia nukut yöunta keskimäärin arkena? (klo 22–07 = 9 tuntia) _____ tuntia

Rokotukset ja verikokeet

- Kyllä** **Ei**
36. Oletko saanut / milloin?
- Influenssarokotuksen viimeisen vuoden aikana?
- Hepatiitti-A rokotuksen vuonna _____
- Hepatiitti-B rokotuksen vuonna _____
37. Oletko saanut normaalin rokotusohjelman mukaiset rokotukset?
38. Onko veriarvojasi seurattu?
39. Mikä oli hemoglobiiniarvosi viimeksi? _____ g/l

Harjoittelu

40. 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
- Kyllä** **Ei**
41. Tuntuuko että palaudut tällä hetkellä urheilusta normaalisti?
42. Onko sinulla koskaan ollut alipalautumisongelmia?
43. Monenako päivänä viikossa et urheile? _____ päivänä
44. Miten urheilukautesi jaksottuu vuoden aikana?

45. Teetkö omatoimisia lihashuoltoharjoitteita (venyttely, lihaskunto, tasapaino) harjoitusten ulkopuolella? Rastita "Kyllä" tai "En" sekä tarkentava vastaus.

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

Kyllä Ei

46. Onko harjoittelusi muuttunut viime kaudesta jotenkin?
Jos vastasit "Kyllä", niin miten harjoittelusi on muuttunut?

47. Oletko käynyt koskaan fysioterapeutilla, milloin ja miksi?

48. Onko fysioterapeutti tehnyt sinulle lihastasapainokartoitusta?
Jos vastasit "Kyllä", aiheuttiko se jotain toimenpiteitä, mitä?

Aikaisemmat urheiluvammat

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

Kyllä Ei

49. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja?

50. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja?

51. Onko sinulla ollut luunmurtumia?

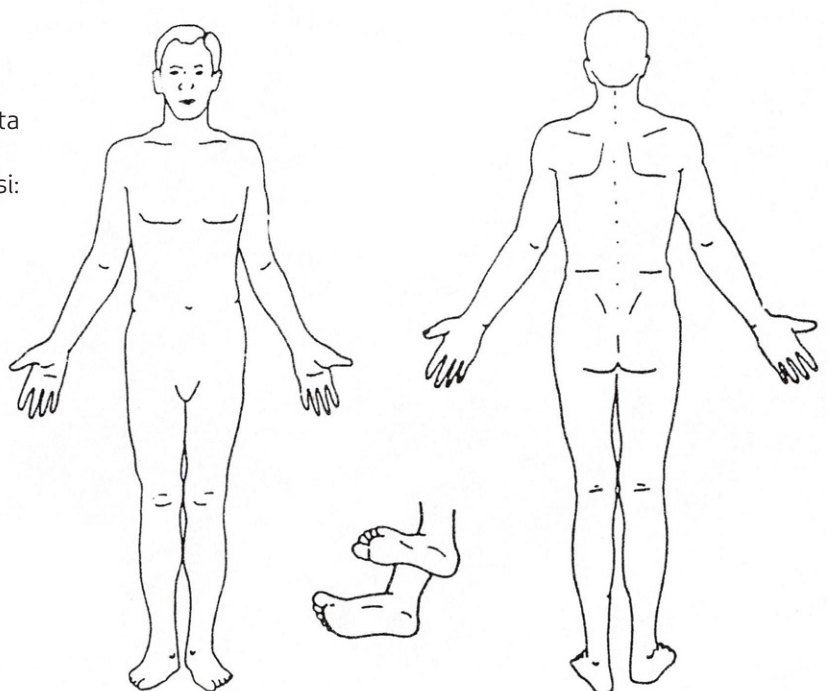
52. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä luun vammoja (esim. rasitusmurtuma)

53. Onko sinulle tehty kuvantamistutkimuksia (ultraääni, röntgen, magneetti, CT?)
Jos vastasit "Kyllä", miksi tutkimus / tutkimukset tehtiin?

54. a) 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 XXXXXX
Puutuneisuus, turtumus IIIIIIII
Jäykkyyks 000000



55. b) 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										

Henkinen hyvinvointi

56. Arvioi tämän hetkisen mielialasi _____

Kyllä Ei

57. Oletko yleensä iloinen ja tyytyväinen itseesi?

58. Onko sinulla

väsymystä

stressiä

alavireisyyttä

jännittyneisyyttä

ahdistusta

motivaation puutetta

jotain muuta, mitä? _____

59. Oletko tyytyväinen

Kyllä Ei

työ-/opiskelutilanteeseesi

taloudelliseen tilanteeseesi

perhe- ja ystävyysuhteisiisi

Vain naisurheilijoille tarkoitettut kysymykset (45-47):

60. Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat? _____-vuotiaana

61. Valitse sopivin vaihtoehto:

Kuukautisesi ovat säännölliset ja kuukautiskierron 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

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

Tarkempi selvitys (merkitse alkuun kysymyksen tai selvitetävän kohdan numero):
Jatka tarvittaessa toiselle paperille.

63. Onko jotain, mitä edellä ei tullut esille? kyllä ei

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

65. Mistä aiheesta haluaisit lisää tietoa?

LIITTEET Vammahistoria Sairaushistoria

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

