

# Urheilijan terveystarkastus

Nimi: \_\_\_\_\_

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)?<br>Jos vastasit "Kyllä", kirjaa sairaudet liitteenä olevaan "Sairaushistoria"-lomakkeeseen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä? (esim. antihistamiini keväisin)<br>Jos vastasit "Kyllä", kirjaa lääkkeet alla olevaan taulukkoon.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Käytätkö ravintolisä (esim. monivitamiini, D-vitamiini, proteiinit, palautusjuomat)?<br>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? _____		

## Ravitsemus

	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<br>ei stressiä<br>ei morkkista<br>seuraan mitä syön | —————                    | hallitsee elämäni<br>aiheuttaa ahdistusta<br>morkkis<br>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)?<br>Kauanko nukahtamisesi yleensä kestää? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. | Onko sinulla epäilty seuraavia oireita nukkuessa: kuorsaaminen, levottomat jalat tai hampaiden narskuttelu?<br>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)?<br>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"/> |
|     | pneumokokkrokotuksen 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 hemoglobiiniarvosasi 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

---

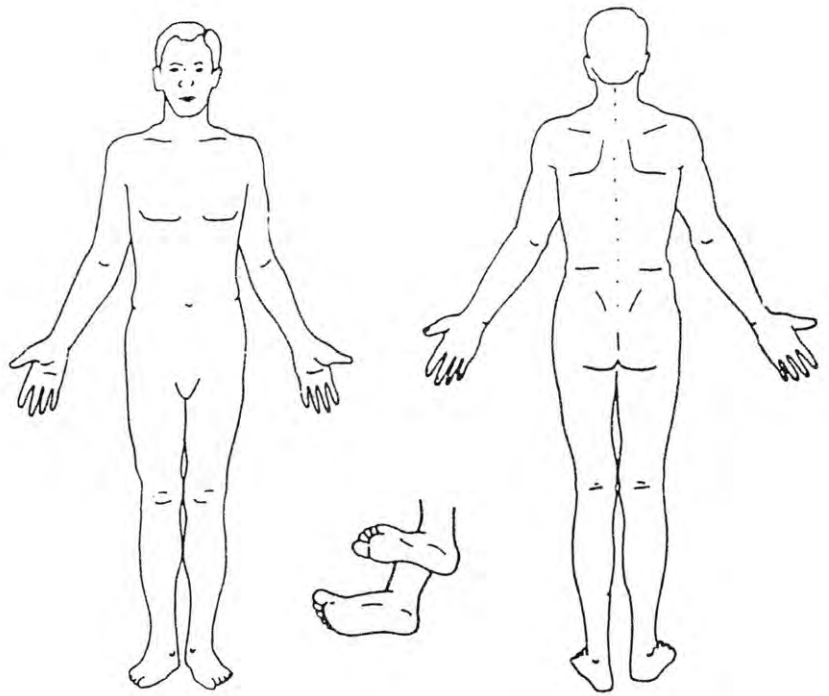
Mikäli rastitat ”Kyllä”, kirjaa vammat liitteenä olevaan ”Vammahistoria”-lomakkeeseen.

- |   | 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 tarkoitetut 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

# Vammahistoria

Kirjaa tälle sivulle kaikki äkilliset vammasi (esim. reiden revähdytys, nilkan nyrjähdys) ja rasitusvammasi (kipu kehittyi vähitellen), jotka ovat keskeyttäneet täysipainoisen urheilun vähintään yhden päivän ajaksi.

Kehon osa	Kehon puoli		Vammatyyppi	Vamman alkuperä		Loukkaantumisen ajankohta	Toipilasaika*	Kuvattiinko vamma (esim. röntgen)?
	Oik.	Vas.		Äkillinen vamma	Rasitusvamma			
<i>Esim. nilkka</i>	<i>X</i>		<i>nyrjähdys</i>	<i>X</i>		<i>helmikuu 2013</i>	<i>8 päivää</i>	<i>ei</i>

\* Kuinka kauan vamma esti täysipainoisen harjoittelun?

# Sairaushistoria

Kirjaa tälle sivulle lääkäriissäkäyntiä vaatineet sairaudet viimeisen vuoden ajalta.

Mikä sairaus oli kyseessä?	Sairastumisen ajankohta	Missä sairautta hoidettiin?
<i>Esim. mykoplasma</i>	<i>marraskuu 2012</i>	<i>Terveyskeskus &amp; Tampereen Urheilulääkäriasema</i>