

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)?
Jos vastasit "Kyllä", kirjaa sairaudet liitteenä olevaan "Sairaushistoria"-lomakkeeseen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä? (esim. antihistamiini keuhkojen)
Jos vastasit "Kyllä", kirjaa lääkkeet alla olevaan taulukkoon. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Käytätkö ravintolisäaineita (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	Käyttösuositus	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
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 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

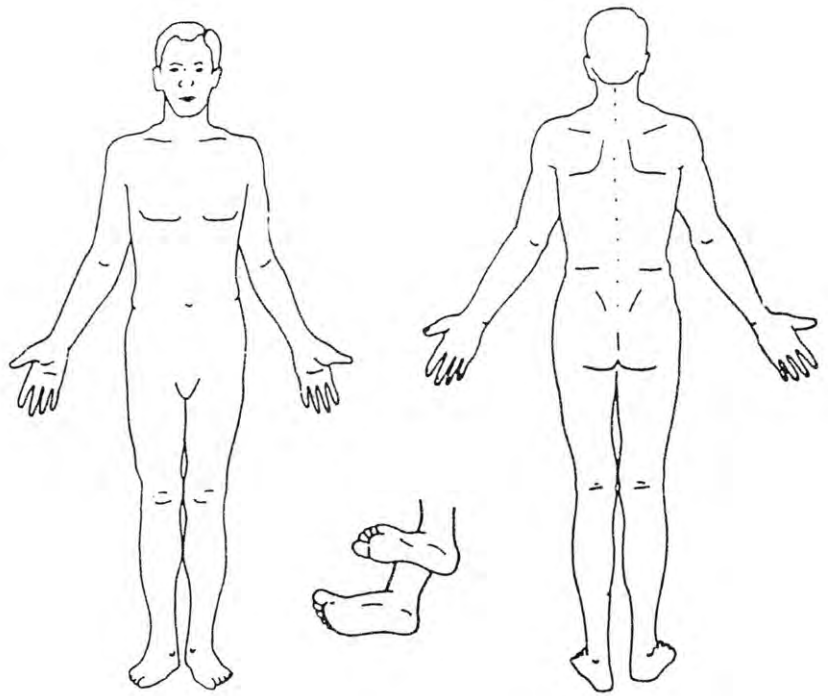
Mikäli rastitat ”Kyllä”, kirjaa vammat liitteenä olevaan ”Vammahistoria”-lomakkeeseen.

- | | 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?)
mitä/miksi? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

