

**PERHESUUNNITTELUNEUVOLAN ESITIETOKAAVAKE**

**PERUSTIEDOT**

Nimi \_\_\_\_\_  
 Osoite \_\_\_\_\_  
 Puhelinnumero \_\_\_\_\_

**YLEINEN TERVEYDENTILA**

Paino \_\_\_\_\_ kg  
 Pituus \_\_\_\_\_ cm  
 BMI \_\_\_\_\_

Tupakointi  ei  kyllä,  päivittäin \_\_\_\_\_ kpl/pv  viikoittain \_\_\_\_\_ kpl/viikko  harvemmin  
 Alkoholi  ei  kyllä, kuinka usein \_\_\_\_\_, kuinka monta annosta/kerta \_\_\_\_\_

Onko sinulla tällä hetkellä tai onko sinulla ollut aikaisemmin joku seuraavista sairauksista?

Sydän- ja verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Sappikivitauti	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Veritulppa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Migreeni	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, esioire <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Korkea verenpaine	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Epilepsia	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Sokeritauti	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Suonikohjuja	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Maksasairaus	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Gynekolog. tulehduksia	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Gynekolog. sairauksia	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Reumasairaus (esim. SLE)	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Mielenterveyshäiriö	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Suolistosairaus	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Syömishäiriö	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä

Onko sinulla jokin sairaus, jota ei ole listattu yllä?  ei  kyllä, mikä: \_\_\_\_\_

Onko sinulla säännöllistä lääkitystä?  ei  kyllä, mikä: \_\_\_\_\_

Oletko sairastanut vesirokon?  ei  kyllä

Oletko saanut kaksi kertaa MPR-rokotteen (tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko)?  ei  kyllä

**LÄHISUVUN SAIRAUDET (Vanhemmat ja sisarukset)**

Onko vanhemmillasi tai sisaruksillasi tällä hetkellä tai onko heillä ollut jokin seuraavista sairauksista?

Sydän- ja verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Sokeritauti	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Veritulppa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	jokin muu sairaus	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mikä: _____
Korkea verenpaine	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		

**GYNEKOLOGISET ESITIEDOT**

Kuukautisten alkamisikä \_\_\_\_\_  
 Viimeisimmät kuukautiset \_\_\_\_\_ (alkamispäivämäärä)  
 Kuukautiskierto \_\_\_\_\_ päivää  
 Kuukautisvuodon kesto \_\_\_\_\_ päivää

Vuodon määrä  niukka  normaali  runsas

Kuukautiskivut  ei  kyllä

Raskaudet  ei  kyllä,

Alatiesynnytykset (vuosi): \_\_\_\_\_

Sektiosynnytykset (v): \_\_\_\_\_

Keskenmeno, keskeytys (v): \_\_\_\_\_

Kohdunulkoinen raskaus (v): \_\_\_\_\_

Onko sinulta otettu papa-näytettä?  ei  kyllä, milloin viimeksi: \_\_\_\_\_ tulos: \_\_\_\_\_

12.4.2017

Onko sinulla ollut solumuutoksia papa-näytteessä?  ei  kyllä, milloin: \_\_\_\_\_ tulos: \_\_\_\_\_

Onko sinulle tehty kolposkopia-tutkimusta?  ei  kyllä, milloin: \_\_\_\_\_ tulos: \_\_\_\_\_

Tutkitko rintasi säännöllisesti?  ei  kyllä

Mitä ehkäisymenetelmää olet itsellesi miettinyt?  e-pilleri  ehkäisyalaastari  ehkäisyrengas

minipilleri  ehkäisykapseli  hormonikierukka  kuparikierukka