



## TAUSTATIETO- JA TERVEYSKYSELY

Ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin huolellisesti selkeällä käsialalla!

Nimi: \_\_\_\_\_ Synt.aika: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_ Sähköposti: \_\_\_\_\_

**Kuntoliikunnan keskimääräinen harrastus viimeisen 6 kk:n aikana:**

0-1 krt/vko  1-2 krt/vko  2-3 krt/vko  3-4 krt/vko  4-5 krt/vko  >5 krt/vko

Tavallisimmat liikuntalajini: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tavoitteeni:**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Toiveet harjoitusohjeiden suhteen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Mahdolliset oireet viimeisen 6 kk aikana:</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>	<b>en osaa sanoa</b>
1. Onko Sinulla ollut rintakipuja?	_____	_____	_____
2. Onko Sinulla ollut rasitukseen liittyvä poikkeavaa hengenahdistusta?	_____	_____	_____
3. Onko Sinulla ollut huimausoireita?	_____	_____	_____
4. Onko Sinulla ollut rytmihäiriötuntemuksia?	_____	_____	_____
5. Onko Sinulla toistuvia, liikkumista haittaavia selkäkipuja?	_____	_____	_____
6. Onko Sinulla toistuvia niska-hartiaseudun kipuja?	_____	_____	_____
7. Onko Sinulla toistuvia liikkumista haittaavia nivelkipuja? Missä nivelissä? _____	_____	_____	_____
9. Oletko tuntenut poikkeavan voimakasta uupumusta liikkuessasi? (esim. jalat ovat valahtaneet voimattomiksi.)	_____	_____	_____
10. Aiheuttaako fyysinen rasitus Sinulle usein päänsärkyä?	_____	_____	_____
11. Onko lähisuvussasi veritulpan saaneita? Kuka ja missä iässä ensimmäinen kohtaus on ilmennyt? _____	_____	_____	_____

**Lääkärin toteamat sairaudet:** Onko Sinulla tai onko Sinulla ollut jokin/joitakin seuraavista? Rastita!

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> sepelvaltimotauti                            | <input type="checkbox"/> sydäninfarkti              | <input type="checkbox"/> kohonnut verenpaine           | <input type="checkbox"/> sydänlappävika       |
| <input type="checkbox"/> aivohalvaus                                  | <input type="checkbox"/> aivoverenkierron häiriöitä | <input type="checkbox"/> sydämen rytmihäiriö           | <input type="checkbox"/> sydämen tahdistin    |
| <input type="checkbox"/> katkokävely                                  | <input type="checkbox"/> sydänlihassairaus          | <input type="checkbox"/> syvä laskimotukos             | <input type="checkbox"/> muu verisuonisairaus |
| <input type="checkbox"/> kr. keuhkoputkentulehdus                     | <input type="checkbox"/> keuhkolaajentuma           | <input type="checkbox"/> astma                         | <input type="checkbox"/> muu keuhkosairaus    |
| <input type="checkbox"/> allergia                                     | <input type="checkbox"/> kilpirauhasen toim.häiriö  | <input type="checkbox"/> diabetes                      | <input type="checkbox"/> anemia               |
| <input type="checkbox"/> korkea veren kolesteroli                     | <input type="checkbox"/> korkea veren sokeri        | <input type="checkbox"/> nivelreuma                    | <input type="checkbox"/> nivelrikko, -kuluma  |
| <input type="checkbox"/> krooninen selkäsairaus                       | <input type="checkbox"/> mahahaava                  | <input type="checkbox"/> pallea-, nivus-, tai napatyrä | <input type="checkbox"/> ruokatorven tulehdus |
| <input type="checkbox"/> mielenterveyden ongelma                      | <input type="checkbox"/> kasvain tai syöpä          | <input type="checkbox"/> leikkaus äskettäin            | <input type="checkbox"/> tapaturma äskettäin  |
| <input type="checkbox"/> matala veren kalium- tai magnesiumipitoisuus | <input type="checkbox"/> kohonnut silmänpaine       | <input type="checkbox"/> näön tai kuulon heikkous      |   |
| <input type="checkbox"/> muita sairauksia tai oireita, mitä? _____    |   |  |   |

Lisätietoja: \_\_\_\_\_

**Säännöllisesti käyttämäni lääkkeet ja annostus:** \_\_\_\_\_

## Suostumus

Olen ymmärtänyt testauksen tarkoituksen ja siihen liittyvät riskit. Lisäksi olen saanut riittävää ennakkoinformaatiota testeistä ja suostun suorittamaan testit omalla vastuullani. Allekirjoituksellani suostun myös siihen, että henkilötietoni sekä testitulokseni saa tallentaa LIKESin tietojärjestelmään.

Käsitlemme antamasi tiedot luottamuksellisesti.

Jyväskylässä \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2014 Allekirjoitus: \_\_\_\_\_