Hei!

Olette saaneet tämän lomakkeen täytettäväksenne, jotta voisimme tarjota Teille laadukasta hoitoa ja riittävää tukea terveyden edistämiseen. Lomakkeen käsittelee nimetty yhteyshenkilönne, joka laatii kanssanne terveys- ja hyvinvointisuunnitelman terveyden edistämisenne tueksi. Lomake toimii tämän suunnitelman teon tukena ja tuhotaan tämän jälkeen. Huomioimme suunnitelman teon yhteydessä myös muut mahdolliset tutkimustulokset, kuten laboratoriotutkimukset, sydänfilmin tai verenpaineen ja verensokerin kotiseurannat.

Lomakkeen täyttöohjeet

1. **Merkitkää nimenne ja henkilötunnuksenne sekä tähän esitietolomakkeeseen että muihin mukana oleviin lomakkeisiin.**
2. **Tarkistakaa lomakkeen mukana tuleva lääkelista. Näin autatte meitä tarkistamaan, vastaako käyttämänne lääkitys potilastietojärjestelmässä olevaa listaa. Huomioikaa, että lääkkeenne voi olla vaihdettu apteekissa eri nimiseksi.** 
   * **Merkitkää ”OK” lääkkeen perään, jos se on edelleen käytössänne listassa esitetyllä tavalla.**
   * **Korjatkaa lääkkeen kohdalle oikea annos ja käyttötapa, jos se poikkeaa listalla esitetystä.**
   * **Yliviivatkaa lääkkeen nimi, jos lääke ei ole enää ollenkaan käytössänne.**
   * **Jos käyttämäänne lääkettä ei löydy listalta, voitte lisätä sen listan loppuun.**
3. **Palauttakaa esitietolomake, tarkistamanne lääkelista sekä mahdolliset kotiseurantalomakkeet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mennessä kirjekuoressa terveysaseman pääovella olevaan postilaatikkoon. Kirjoittakaa kirjekuoreen yhteyshenkilönne nimi. Vaihtoehtoisesti voitte ottaa lomakkeen mukaan käynnille.**
4. **Yhteyshenkilönne on Teihin** yhteydessä puhelimitse tai muulla sovitulla tavalla terveys- ja hyvinvointisuunnitelmaa koskevan käyntiajankohdan sopimiseksi.

Terveisin,

yhteyshenkilönne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

puhelin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nimi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lomakkeen täyttäjä \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Terveydentila ja tavoitteet terveyden edistämiselle**

**Arvioikaa terveydentilanne kokonaisuudessaan asteikolla 0–10 (ympyröikää):**

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Huonoin mahdollinen Paras mahdollinen**

Miten voitte? Miten haluaisitte voida tulevaisuudessa, esimerkiksi vuoden kuluttua?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Miten voisimme auttaa teitä edellä kuvaamanne tavoitteen saavuttamisessa?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aiemmin todetut sairaudet**

Mitä pitkäaikaissairauksia Teillä on todettu? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Suvun sairaudet**

Onko joku lähisukulaisistanne sairastanut lääkärin toteaman aivoinfarktin tai aivoverenvuodon?

* Ei
* Kyllä, kuka?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Minkä ikäisenä?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Onko jollakin lähisukulaisistanne todettu jokin sydänsairaus, verenpainetauti tai muu merkittävä sairaus (esim. diabetes)?

* Ei
* Kyllä, kenellä?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mikä sairaus? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lääkeyliherkkyydet ja lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset**

Onko Teillä joskus todettu allerginen reaktio jotakin lääkeainetta kohtaan tai oletteko saaneet haittavaikutuksen jostakin lääkkeestä?

* Ei **Lääkeaine** **Reaktio tai haittavaikutus**
* Kyllä, mi(t)kä lääkeaine(et)? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Käyttämänne reseptittömät lääkkeet (muut kuin lääkelistalla olevat)**

* En käytä muita lääkkeit ä

**Lääkeen nimi** **Annos Kuinka usein? (esim.**

**päivittäin)**

* Aspiriini (esim. Aspirin, Primaspan) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tulehduskipulääke (esim. Burana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Parasetamoli (esim. Panadol) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Paikallisestrogeeni (esim. Vagifem) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Muu, mi(t)kä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Käyttämänne luontaistuotteet, lisäravinteet ja vitamiinilisät**

* En käytä mitään
* D-vitamiini, annos \_\_\_\_\_\_ µg/vuorokausi
* Kalsium, annos \_\_\_\_\_\_ mg/vuorokausi
* Omega-3 tai muu kalaöljyvalmiste
* Magnesium
* Muu, mikä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pituus ja paino**

Pituus: \_\_\_\_\_\_\_ cm Paino: \_\_\_\_\_\_\_ kg Vyötärönympärys: \_\_\_\_\_\_\_ cm

Ohje vyötärönympäryksen mittaamiseen: *mittanauha asetetaan paljaalle iholle, 1–2 cm navan yläpuolelle. Mittanauhan tulee olla vaakasuorassa eli yhtä korkealla edestä, takaa ja sivuilta. Se ei saa kiristää eikä olla liian löysällä mittauksen aikana. Mittanauhan lukema katsotaan uloshengityksen lopussa.*

**Muut terveystiedot**

Milloin viimeksi kävitte hammaslääkärissä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ravitsemus**

***Ravitsemussuosituksen mukaan on hyvä syödä säännöllisin väliajoin****, esimerkiksi aamupala, lounas ja päivällinen sekä tarvittaessa 1-2 välipalaa.* ***Kasviksia*** *tulisi nauttia* ***500 g päivässä eli noin 5–6 annosta****. Yksi annos tässä tarkoittaa yhtä keskikokoista hedelmää, 1 dl marjoja tai 1,5 dl salaattia tai raastetta.* ***Kalaa*** *kannattaa nauttia eri kalalajeja vaihdellen* ***2–3 kertaa viikossa****.* ***Lihavalmisteita ja punaista lihaa ei tulisi käyttää enempää kuin 500 g viikossa.****Yksi annos kalaa tai lihaa painaa kypsänä noin 100–150 g.****Pähkinöitä****, manteleita ja siemeniä voi syödä noin* ***30 g (2 rkl) päivässä****.* ***Viljavalmisteiden*** *suositeltu käyttömäärä päivittäin on noin* ***6 annosta naisille ja noin 9 annosta miehille****. Annos tarkoittaa esimerkiksi 1 dl keitettyä pastaa tai riisiä tai yhtä leipäviipaletta. Vähintään puolet käytetystä määrästä tulisi olla täysjyväviljaa.* ***Ruokajuomaksi****suositellaan enintään 1 % maitoa tai piimää, vettä tai kivennäisvettä. Täysmehuja voi nauttia yhden lasillisen päivässä aterian yhteydessä. Sokeroituja juomia ei tulisi käyttää säännöllisesti.*

Vastaako ravitsemuksenne kansallista suositusta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haluatteko muuttaa ruokavaliotanne? Toivotteko tähän tukea terveydenhuollosta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Liikkuminen**

*Liikkumista koskevan suosituksen mukaan aikuisten on hyvä harrastaa* ***lihaskuntoa vahvistavaa ja liikehallintaa edistävää liikuntaa vähintään 2 kertaa viikossa****. Viikkoon tulisi sisältyä* ***lisäksi joko kehoa rasittavaa liikkumista 1h 15min tai reipasta liikkumista 2h 30min****. Kevyttä liikuskelua tulisi harrastaa mahdollisimman usein ja taukoja paikallaan oloon tulisi pitää aina kun voi.*

Vastaako nykyinen liikkumisenne aikuisten liikuntasuositusta?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jos ette liiku mielestänne riittävästi, mitkä asiat rajoittavat liikkumistanne eniten?

* Ajan puute
* Motivaation puute
* Jaksamisen puute
* Liikunnan aiheuttamat tai lisäämät kivut
* Rajoittunut suorituskyky
* Muu, mikä?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miten voisimme auttaa Teitä liikkumaan tavoitteidenne mukaisesti? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ympyröikää vasemmasta sarakkeesta suorituskykyänne parhaiten kuvaava luokka.

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Suorituskykyni **ei ole merkittävästi rajoittunut**.  Tavallinen rasitus (reipas tasamaakävely, kävely ylämäkeen ja usean kerrosvälin porrasnousu) ei aiheuta poikkeavaa hengenahdistusta tai rintakipua. |
| **2** | Suorituskykyni on **rajoittunut**.  Voimakkaampi rasitus (vauhdikas kävely, portaiden nouseminen, yli 200 metrin kävely, kahden tai useamman kerrosvälin nousu) aiheuttaa hengenahdistusta tai rintakipua |
| **3** | Suorituskykyni on **vahvasti rajoittunut**.  Jo tavallista vähäisempi rasitus (rauhallinen tasamaakävely 1–2 korttelivälin verran tai yhden kerrosvälin porrasnousu) aiheuttaa hengenahdistusta tai rintakipua |
| **4** | **Kaikki fyysinen aktiviteetti aiheuttaa oireita**.  Oireita voi olla myös levossa. |

**Uni**

Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin? \_\_\_\_\_\_\_

Kuvailkaa unenne laatua omin sanoin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Onko Teillä usein:

* vaikeuksia nukahtaa?
* vaikeuksia pysyä unessa?

Kuorsaatteko äänekkäästi?

* En
* Kyllä

Tunnetteko itsenne usein väsyneeksi, uupuneeksi tai uneliaaksi päivän aikana?

* En
* Kyllä

Onko kukaan havainnut, että lopetatte hengittämisen (tai että haukotte henkeänne tai köhisette) nukkuessanne?

* Ei
* Kyllä

**Mieliala ja jaksaminen**

Oletteko tunteneet viimeisen kuukauden aikana usein alakuloa, masentuneisuutta tai toivottomuutta?

* En
* Kyllä, miksi?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oletteko kokeneet viimeisen kuukauden aikana usein mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta?

* En
* Kyllä, miksi?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Onko perheessänne tai lähipiirissänne tekijöitä, jotka kuormittavat Teitä (esim. läheisen terveydentila tai taloudellinen tilanne)

* Ei
* Kyllä, millaisia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oletteko stressaantunut työnne tai työtilanteenne vuoksi?

* Harvoin tai en lainkaan
* Silloin tällöinen
* Jatkuvasti

**Tupakkatuotteet ja päihteet**

Käytättekö tupakkatuotteita (tupakka, sähkötupakka, nuuska)?

* En, enkä ole koskaan käyttänyt säännöllisesti
* Käytän satunnaisesti, mitä?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Käytän säännöllisesti, mitä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Käytän, mutta olen kiinnostunut lopettamisesta
* Olen lopettanut, milloin? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Laskekaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

* ei koskaan (0)
* noin kerran kuussa tai harvemmin (1)
* 2-4 kertaa kuussa (2)
* 2-3 kertaa viikossa (3)
* 4 kertaa viikossa tai useammin (4)

Kuinka monta annosta alkoholia yleensä otatte niinä päivinä, jolloin käytätte alkoholia?  
(1 annos = 0,33 l olutta/siideriä/lonkeroa (4,7 til-%) tai 12 cl viiniä (10–15 til-%) tai 4 cl viinaa (35–40 til-%))

* 1-2 annosta (0)
* 3-4 annosta (1)
* 5-6 annosta (2)
* 7-9 annosta (3)
* 10 tai enemmän (4)

Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

* en koskaan (0)
* harvemmin kuin kerran kuussa (1)
* kerran kuussa (2)
* kerran viikossa (3)
* päivittäin tai lähes päivittäin (4)

Käytättekö muita päihteitä kuin tupakkaa tai alkoholia?

* En
* Kyllä, mitä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oletteko itse huolissanne tai onko joku läheisenne huolissaan päihteidenne käytöstä?

* Ei
* Kyllä, haluatteko tukea päihteiden käytön lopettamiseen / hallintaan? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sosiaaliset suhteet**

Oletteko mukana työelämässä?

* Kyllä, osa- tai kokoaikatyössä
* **Eläkkeellä vuodesta \_\_\_\_\_­­­\_\_ alkaen**
* **Sairauspäivärahalla/kuntoutustuella/toimeentulotuella/muu tulonlähde, mikä?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Kuinka usein osallistutte seura- tai yhdistystoimintaan?

* Kerran viikossa tai useammin
* Kerran kuukaudessa tai useammin
* Kerran tai muutaman kerran vuodessa
* Harvemmin tai en koskaan

Koetteko itsenne yksinäiseksi?

* Harvoin tai en lainkaan
* Silloin tällöin
* Jatkuvasti

Kenet toivotte merkittävän lähiomaiseksenne potilastietojärjestelmään?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lisätietoja**

Onko jotakin muuta, josta haluaisitte keskustella omahoitajanne kanssa?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Kiitos vastauksistanne!