



## URHEILIJAN

## TERVEYSTARKASTUKSEN ESITIETOLOMAKE

Nimi: \_\_\_\_\_ Sukupuoli: M / N Ikä \_\_\_\_  
Sotu: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Paino:\_\_\_\_\_ Pituus:\_\_\_\_\_  
Osoite: \_\_\_\_\_  
Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_ Puhelin: \_\_\_\_\_  
Omalääkäri ja toimipaikka: \_\_\_\_\_  
Lähiomainen + puhelinnumero: \_\_\_\_\_  
Laji: \_\_\_\_\_ Valmentaja: \_\_\_\_\_  
Aikaisemmat lajit: \_\_\_\_\_  
Lajivalinnan ajankohta: \_\_\_\_\_

## TERVEYDENTILA

Vastaa seuraaviin kysymyksiin rastittamalla KYLLÄ tai EI.  
Mikäli rastitat KYLLÄ, selvitä vastauksesi LISÄTIETOJA kohtaan  
mainitsemalla kysymyksen numero ensin.

Kyllä Ei

1. Onko lääkäri koskaan kieltänyt osallistumasta harjoitukseen/kilpailuun?
2. Onko säännöllistä lääkitystä vaativia sairauksia (esim. astma, diabetes)?
3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä?

Jos vastasit KYLLÄ, kirjaa valmisteet alla olevaan taulukkoon, jatka tarvittaessa  
LISÄTIETOJA

Resepti- ja käsikauppälääkitys

Valmiste:	Vahvuus/annostus:	Käyttösy:

5. Onko sinulla esiintynyt lääkeaineallergiaa?

Kyllä Ei

6. Esiintyykö rintakipua harjoituksen tai kilpailun aikana?
7. Esiintyykö sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen) harjoituksen tai kilpailun aikana?
8. Oletko pyörtnyt/menettänyt tajuntaasi harjoituksen, kilpailun tai ottelun aikana?
9. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan
- i. korkeaa verenpainetta
  - ii. poikkeavia sydänääniä
  - iii. poikkeavaa sydänfilmiä
  - iv. poikkeavia veriarvoja
10. Esiintyykö sydän- ja verenkiertoelimistönsairauksia?
11. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia?
12. Onko sinulle tehty leikkauksia?
13. Onko sinulla rasituksessa ilmenevää hengenahdistusta?
14. Onko suvussasi tiedossa astmaa?
15. Onko sinulla esiintynyt siitepöly-, ruoka-aine- tai eläinallergiaa?
16. Onko sinulla toistuvaa ihottumataipumusta?
17. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli 3 kertaa vuodessa) infektioita (flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus)?
18. Onko sinulla ollut aivotärähdyksiä? Kuinka monta?
19. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus-/kouristuskohtauksia
20. Esiintyykö neurologisia sairauksia (MS-tauti, epilepsia, aivohalvaus)?
21. Onko sinulla toistuvia mahakipuja tai -sairauksia (ripulia, pahoinvointia)?

## ROKOTUKSET JA VERIKOKEET

22. Oletko saanut normaalin rokotusohjelman mukaiset rokotukset?
23. Oletko saanut/milloin?
- i. Influenssarokotuksen viimeisen vuoden aikana?
  - ii. Hepatiitti-A rokotuksen? Vuosi:\_\_\_\_\_
  - iii. Hepatiitti-B rokotuksen? Vuosi:\_\_\_\_\_

Kyllä Ei

iv. Jonkin muu rokotus? Vuosi:\_\_\_\_\_

24. Onko veriarvojasi seurattu?

i. Mikä oli hemoglobiiniarvosi viimeksi:\_\_\_\_\_

ii. Mikä oli ferritiiniarvosi viimeksi:\_\_\_\_\_

#### AIKAISEMMAT URHEILUVAMMAT

Mikäli rastitat "Kyllä", kirjaa liitteenä olevaan "Lisätietoja"-lomakkeeseen.

Kyllä Ei

25. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja?

26. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja?

27. Onko sinulla ollut luunmurtumia?

28. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä luun vammoja (esim. rasitusmurtuma)

29. Onko sinulle tehty kuvantamistutkimuksia (ultraääni, röntgen, magneetti, CT?)

Jos vastasit "Kyllä", miksi tutkimus / tutkimukset tehtiin?

---

---

---

---

---

---

---



## HARJOITTELU

31. Montako kertaa ja montako tuntia harjoittelet keskimäärin viikossa? \_\_kertaa \_\_tuntia

32. Teetkö omatoimisia lihashuoltoharjoitteita (venyttely, lihaskunto, tasapaino)

harjoitusten ulkopuolella? Rastita "Kyllä" tai En" sekä tarkentava vastaus.

Kyllä

En, miksi?

korkeintaan 15 min/kerta

en osaa

korkeintaan puoli tuntia/kerta

osaan, mutta en pidä sitä tarpeellisena

korkeintaan 45min/kerta

osaan, mutta ei ole aikaa

Kyllä

Ei

33. Onko harjoittelusi muuttunut viime kaudesta jotenkin?

Jos vastasit "Kyllä", niin miten harjoittelu on muuttunut?

---

---

---

---

---

---

---

34. Onko fysioterapeutti tehnyt sinulle lihasapainokartoitusta?

Jos vastasit "Kyllä", aiheuttiko tästä jotain toimenpiteitä, mitä?

---

---

---

---

---

---

---

## KASVU, UNI, PALAUTUMINEN

Kyllä Ei

35. Onko murrosiän nopean kasvun vaihe ollut? (kasvu 8-15cm vuoden aikana)
36. Minkä ikäisenä nopean kasvun vaihe alkoi? \_\_vuoden ja \_\_ kuukauden ikäisenä
37. Onko ollut ongelmia nukkumisen kanssa?
38. Yöunien pituus keskimäärin arkena? (klo 22-07 = 9 tuntia) \_\_tuntia
39. Käytätkö älylaitteita (kännykät yms.) ennen nukkumaan menoa?
40. Virkistääkö yöuni sinua?
41. Koetko itseäsi poikkeavan väsyneeksi harjoituksien aikana?
- i. En koskaan.
- ii. Harvoin (Kuukausittain)
- iii. Usein. (Viikoittain)
- iv. Aina. (Päivittäin)
42. Pidätkö kuinka monta lepopäivää harjoittelusta?
43. Pelaatko kuinka paljon pelikoneilla yms. vuorokaudessa? \_\_tuntia
44. Pelaatko iltaisin/öisin?

## RAVITSEMUS

45. Kuinka monta ateriaa tai välipalaa syöt vuorokauden aikana? \_\_\_\_\_
46. Syötkö päivittäin vähintään yhden lämpimän aterian?
47. Syötkö päivittäin
- Maitotuotteita, esim. maitoa, jukurttia, juustoa, rahkaa?
- Kasviksia, marjoja tai hedelmiä?
- Margariniä, öljyä tai öljypohjaisia salaattinkastikkeita?
- Lihaa, kalaa, broileria tai palkokasveja?
- Täysjyväleipää, puuroja, riisiä, perunaa tai pastaa
48. Nautitko useammin kuin kerran viikossa
- Pitsaa, hampurilaisia, muita suolaisia leivonnaisia?
- Perunalastuja, muita suolaisia naposteltavia?
- Virvoitusjuomia, sokeroituja mehuja tai energiajuomia?

Kyllä Ei

49. Syötkö päivittäin enemmän kuin yhden annoksen makeita leivonnaisia tai yli 50 g suklaata tai muita makeisia?
50. Syötkö mielestäsi sopivasti herkkuja?
51. Juotko jokaisen aterian kanssa pari lasillista juomaa (vettä, maitoa tai piimää)?
52. Käytätkö ravintolisiä?
- Jos vastasit kyllä, mitä (rasti kaikkiin mitä käytät)
- vitamiini- ja/ tai kivennäisainevalmisteita
  - kalaöljyvalmisteita
  - hiilihydraattivalmisteita
  - sekä proteiinia että hiilihydraatteja sisältäviä valmisteita
  - proteiini- ja/ tai aminohappovalmisteita
  - kreatiinia
  - muita, mitä
53. Käytätkö päivittäin D-vitamiinivalmistetta?
54. Käytätkö alkoholia?
- Kyllä, humaltuakseni
- harvemmin kuin kerran viikossa
  - kerran viikossa
  - useammin kuin kerran viikossa
- Kyllä, 1-2 annosta kerralla
- 1-2 kertaa viikossa tai harvemmin
  - 3 kertaa viikossa tai useammin
55. Huolestuttaako sinua joskus ajatus, ettet pysty hallitsemaan syömisesi määrää?
56. Oletko laihtunut tai lihonut lähiaikoina yli kolme kiloa 3 kuukauden aikana?
57. Oletko tyytyväinen painoosi?
- Jos et, paljonko haluat painaa? \_\_\_\_\_
58. Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha?
59. Hallitseeko ruoka mielestäsi liikaa elämääsi?
60. Haluaisitko/Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?
61. Tunnetko syyllisyyttä joidenkin ruokien syömisestä?
62. Onko sinulla tarvetta ja halua saada ohjausta ravitsemukseen ja ruokavalioon?
63. Oletko aikaisemmin saanut ravitsemusohjausta?

VAIN NAISURHEILIJOILLE TARKOITETTUA KYSYMYKSIÄ (64.-66.)

64. Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat? \_\_\_\_\_-vuotiaana

65. Kuukautiskiertoni ovat säännölliset ja niiden kesto (1. vuotopäivästä seuraavien kuukautisten alkuun) on n. \_\_\_\_\_vrk Vuotopäivien määrä:\_\_\_\_\_

Kuukautiskiertoni ovat epäsäännölliset ja tulevat n. \_\_\_\_\_ kertaa vuodessa

Kuukautiseni eivät ole vielä alkaneet \_\_\_\_\_ Kuukautiseni ovat olleet poissa \_\_\_\_\_ kk

66. Käytätkö hormonaalista ehkäisyä (e-pilleri, kierukka, ...)? Kyllä Ei

67. Minkälaisen vaivan vuoksi haluaisit, että sinua tutkittaisiin tarkemmin?

\_\_\_\_\_

68. Mistä aiheesta haluaisit lisää tietoa?

\_\_\_\_\_

Yllä olevat tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Päiväys ja allekirjoitus \_\_\_\_\_

*Kiitos vastauksistasi!*

POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMINEN

Potilastietoni saa tallentaa lääkäriaseman potilasrekisteriin? Kyllä Ei

Potilastietojani saa käyttää nimettömänä tutkimuskäyttöön? Kyllä Ei

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 202\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

15 vuotta täytäneiden oma allekirjoitus ja nimenselvennys

\_\_\_\_\_

Alle 15-vuotiailta huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys

\_\_\_\_\_