

EHKÄISYNEUVOLAN ESITIEDOT

Henkilötiedot

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Yleinen terveydentila

Pituus: _____ Paino: _____

Verenpaine: _____ Milloin mitattu, pvm: _____

Onko sinulla nyt tai onko ollut aikaisemmin

- Päänsärkyä /migreeniä: kyllä: _____ ei: _____

- Liittyykö päänsärkyyn esioireita (näköhäiriöitä, tuntepuutoksia)

ei: _____ kyllä: _____

Onko sinulla iho-ongelmia esim. aknea: ei _____, kyllä: _____, mikä: _____

Pitkäaikaissairauksia:

Lääkeaineallergia, mikä: _____

Säännöllinen lääkitys:

Käytätkö luontaistuotteita, mitä?

Tupakointi / alkoholi / huumeet

Tupakoitko? ei: _____ kyllä: _____ kpl/vrk

Nuuskaatko? ei: _____ kyllä: _____ kpl/vrk

Alkoholin käyttö: kuinka usein? _____

montako annosta? _____

Huumeiden käyttö? ei: _____ kyllä: _____, laatu/määrä: _____

Riskisairaudet itsellä ja lähisuvussa

Onko sinulla tai lähisukulaisellasi (vanhemmat, sisarukset) ollut

- veritulppaa (sydän-, keuhko, aivo- tai laskimoveritulppa esim. jalassa)? ei: _____ kyllä: _____

- todettua tukos- tai vuototaipumusta? ei: _____ kyllä: _____

- rintasyöpää tai gynekologisia syöpiä? ei: _____ kyllä: _____

Muita sairauksia lähisuvussa (esim. verenpainetauti, diabetes, korkea kolesteroli)?

Kuukautiset

Kuukautisten alkamisikä: _____

Kuukautiskierron pituus (vuodon alusta seuraavan vuodon alkuun) _____ päivää

Vuodon kesto: _____ päivää

Viimeiset kuukautiset alkoivat: _____

Kuukautisvuoto: niukka: _____ tavallinen: _____ runsas (1 side/2h): _____ välivuotoja: _____

Kuukautiskipuja: ei: _____ kyllä: _____

Kipulääke / annos / auttaako: _____

Poikkeavaa valkovuotoa ei: _____ kyllä: _____

Alavatsakipuja muulloin kuin kuukautisten yhteydessä: _____

Seksuaaliterveystiedot

Minkä ikäisenä oli ensimmäinen yhdyntä: _____

Montako seksikumppania sinulla on ollut: _____

Onko ollut suojaamattomia yhdyntöjä: _____

Sukupuolitaudit (mikä, milloin)? _____

Raskaudet: _____ kpl

Alatiesynnytykset, vuosina: _____

Keisarileikkaukset, vuosina: _____

Keskenmenot, vuosina: _____

Keskeytykset, vuosina: _____

Terveysneuvonta

Laatija: Marika Lähti ja Sisko Eskelinen / terveydenhoitaja

Hyväksyjä: Marja-Leena Piippo / terveysneuvonnan esimies/

20.6.2017, päivitys 14.4.2021

Kohdun ulkopuoliset raskaudet, vuosina: _____

Onko ollut raskauden ajan häiriöitä (maksan toiminnan häiriö, raskauden aikainen sokerin seuranta, korkeat verenpaineet) _____

PAPA-tutkimukset, kyllä: _____ ei: _____

viimeisin vuonna _____

PAPA-muutoksia? _____

Gynekologiset sairaudet / leikkaukset? _____

Tutkitko rintasi säännöllisesti? kyllä: _____ ei: _____

Oletko vakituksessa parisuhteessa? kyllä: _____ ei: _____

Oletko kokenut seksuaalista häirintää tai kaltoinkohtelua? ei: _____ kyllä: _____

Ehkäisy

Käytössä oleva ehkäisy: _____

milloin aloitettu: _____

Aiempi hormonaalinen ehkäisy: kyllä: _____ ei: _____

Merkki, käyttöaika, sopivuus, sivuoireet:

Onko sinulla vaikeutta muistaa käyttää ehkäisyä säännöllisesti? ei: _____ kyllä: _____

Oletko käyttänyt jälkiehkäisyä?

ei: _____ kyllä: _____ montako kertaa: _____ milloin viimeksi: _____