



ESITIIETONI

täytetty _____ / _____ 20____

Turvallinen hoito edellyttää tarkkoja tietoja terveydentilastasi. Täytä tämä esitietolomake huolella.
Lähetä lomake sairaalaan mahdollisimman pian, tai mikäli olet saanut ajan poliklinikalle, ota lomake mukaasi.

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Ammatti _____

Puhelin _____

Paino (kg) _____

Pituus (cm) _____

Onko sinulla tällä hetkellä tai oletko aiemmin sairastanut jotain seuraavista sairauksista?

Sepelvaltimotauti	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Sydäninfarkti	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä/Milloin?
Sydämen läppävika	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Sydämen vajaatoiminta	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Rytmihäiriö	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Sydämen tahdistin	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Verenpainetauti	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Laskimoveritulppa/keuhkoveritulppa	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä/Milloin?
Aivoveritulppa/Aivoverenkiertohäiriö	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä/Milloin?
Veren hyytymishäiriö/vuototaipumus	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Astma tai muu keuhkosairaus	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, hoitona <input type="checkbox"/> insuliini, <input type="checkbox"/> tabletti
Kilpirauhassairaus	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Maksasairaus	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Reuma tai muu sidekudostauti	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä/Milloin viimeisin kohtaus?
Uniapnea	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä/Miten hoidetaan
Mielenterveysongelmia	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
Hepatiitti, HIV, tuberkuloosi tai muu krooninen infektio	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä/Mikä?
Jokin muu sairaus	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä/Mikä?
Vierasaineita kehossa (esim. tekoläpät, tekonivelet)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä/Mitä?

Onko sinulla rintakipuja?

(rastita ainakin yksi kohta)

Levossa

Kevyessä rasituksessa

Kovassa rasituksessa

Ei koskaan

Auttaako nitro?

Kyllä

Ei

Ei käytössä

Onko sinulla hengenahdistusta?

(rastita ainakin yksi kohta)

Levossa

Kevyessä rasituksessa

Kovassa rasituksessa

Ei koskaan

Oletko ollut hoidossa tai tutkimuksissa viimeisen vuoden aikana Suomessa?

(esim. sydän- tai keuhkotutkimukset)

 En Kyllä

Missä sairaalassa? _____

Syy hoitoon tai tutkimuksiin: _____

Oletko ollut hoidossa tai tutkimuksissa viimeisen viiden vuoden aikana ulkomailla?

(esim. sydän- tai keuhkotutkimukset, hammashoito)

 En Kyllä

Missä sairaalassa? _____

Syy hoitoon tai tutkimuksiin: _____

Oletko moniresistentin bakteerin (esim. MRSA-, ESBL- tai VRE-) kantaja? En Kyllä, mikä/milloin todettu? _____

Käytätkö alkoholia?	<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> päivittäin, <input type="checkbox"/> viikoittain, <input type="checkbox"/> harvemmin
Tupakoitko?	<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä _____ savuketta/vrk, _____ vuotta
Käytätkö huumeaineita?	<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä Mitä?

Onko hampaissasi siltoja tai nastoja, proteesi? Ei Kyllä/mitä? _____**Oletko raskaana?** En Kyllä**Onko sinulla leikkauspäivänä saattajaa kotiin ja vastuullista seuralaista tukenasi yön yli?** Kyllä Ei**Muuta huomioitavaa** Tarvitsen tulkin, kieli _____**Mitä muuta haluat kertoa terveydestäsi ja toiveistasi hoidon suhteen?**

Allekirjoitus
