

Nimi: _____ Sukupuoli: M / N
Sotu: _____ - _____
Osoite: _____
Sähköpostiosoite: _____ Puhelin: _____
Omalääkäri ja toimipaikka: _____
Lähiomainen + puhelinnumero: _____
Laji: _____ Valmentaja: _____
Aikaisemmat lajit: _____
Lajivalinnan ajankohta: _____

Vastaa seuraaviin kysymyksiin Kyllä tai Ei.

Mikäli vastasit Kyllä, selvitä vastauksesi kyselyn lopussa kohtaan ”tarkempi selvitys” ja mainitse kysymyksen numero ensin.

TERVEYDENTILA

1. Onko lääkärisi estänyt sinua osallistumasta harjoitukseen / kilpailuun? Kyllä Ei
2. Onko sinulla säännöllistä lääkitystä vaativia sairauksia (esim. astma, diabetes)? Kyllä Ei
3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä? (esim. antihistamiini keväisin)
Jos vastasit Kyllä, kirjaa lääkkeet alla olevaan taulukkoon. Kyllä Ei

Resepti- ja käsikauppalääkitys (tabletit, suihkeet, tipat, voiteet, injektiot)

Valmisteen nimi	Vahvuus ja annostus	Hoidon kesto	Hoito jatkuu	Käyttösy	Lisätietoja

5. Onko sinulla esiintynyt lääkeaineallergiaa? Kyllä Ei
6. Oletko tuntenut rintakipua harjoituksen tai kilpailun aikana? Kyllä Ei
7. Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen)

harjoituksen tai kilpailun aikana		Kyllä	Ei
8. Onko sinulla ollut tajunnan menetystä tai pyörtymistä harjoituksen tai kilpailun / ottelun aikana		Kyllä	Ei
9. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan			
a. korkeaa verenpainetta		Kyllä	Ei
b. poikkeavia sydänääniä		Kyllä	Ei
c. poikkeavaa sydänfilmiä		Kyllä	Ei
d. poikkeavia veriarvoja		Kyllä	Ei
10. Onko suvussasi tiedossa sydän- ja verenkiertosairauksia?		Kyllä	Ei
11. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia?		Kyllä	Ei
12. Onko sinulle tehty leikkauksia?		Kyllä	Ei
13. Onko sinulla rasituksessa ilmenevää hengenhdistusta?		Kyllä	Ei
14. Onko suvussasi tiedossa astmaa?		Kyllä	Ei
15. Onko sinulla esiintynyt siitepöly-, ruoka-aine- tai eläinallergiaa?		Kyllä	Ei
16. Onko sinulla toistuvaa ihottumataipumusta?		Kyllä	Ei
17. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli 3 kertaa vuodessa) infektioita (flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus)?		Kyllä	Ei
18. Oletko joskus menettänyt tajuntasi tai onko sinulla ollut aivotärähdyksiä?		Kyllä	Ei
19. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus-/kouristuskohtauksia?		Kyllä	Ei
20. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia (MS-tauti, epilepsia, aivohalvaus)?		Kyllä	Ei
21. Oletko saanut / milloin?	Influenssarokotuksen viimeisen vuoden aikana?	Kyllä	Ei
	Hepatiitti-A rokotuksen _____	Kyllä	Ei
	Hepatiitti-B rokotuksen _____	Kyllä	Ei
22. Oletko saanut normaalin rokotusohjelman mukaiset rokotukset?		Kyllä	Ei
KASVU JA UNI			
23. Onko sinulla ollut jo murrosiän nopean kasvun vaihe (kasvu 8-15cm vuoden aikana)		Kyllä	Ei
24. Minkä ikäisenä nopean kasvun vaihe sinulla alkoi? ____ vuoden ja __ kuukauden ikäisenä			
25. Onko sinulla ollut ongelmia nukkumisen kanssa (nukahtamisvaikeuksia, yöllisiä heräämisiä, kuorsaamista, poikkeavaa aamuväsymystä)?		Kyllä	Ei
26. Montako tuntia nukut yöunta keskimäärin arkena? (klo 22-07 = 9 tuntia)		_____	tuntia

HARJOITTELU

27. Montako kertaa ja montako tuntia harjoittelet keskimäärin viikossa?
_____ kertaa _____ tuntia

28. Teetkö omatoimisia lihahuoltoharjoitteita (venyttely, lihaskunto, tasapaino) harjoitusten ulkopuolella?

KYLLÄ _____

EN _____, miksi

a) korkeintaan 15 min /kerta

a) en osaa

b) korkeintaan puoli tuntia/kerta

b) osaan, mutta en pidä sitä tarpeellisena

c) korkeintaan 45 min / kerta

c) osaan, mutta ei ole aikaa

29. Onko harjoitusohjelmiasi muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana?
Jos on, niin miten? _____

Kyllä Ei

30. Onko fysioterapeutti tehnyt sinulle lihastasapainokartoitusta?
Jos on, mitä siinä todettiin? _____

Kyllä Ei

AIKAISEMMAT URHEILUVAMMAT

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

Kyllä Ei

31. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja?

Kyllä Ei

32. Onko sinulla ollut luunmurtumia?

Kyllä Ei

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

Kyllä Ei

34. Onko sinulle tehty kuvantamistutkimuksia (ultraääni, röntgen, magneetti, CT?)
Jos vastasit "Kyllä", miksi tutkimus / tutkimukset tehtiin? _____

Kyllä Ei

RAVITSEMUS

37. Kuinka monta kertaa syöt aterian tai välipalan vuorokauden aikana? _____
38. Syötkö päivittäin vähintään yhden lämpimän aterian? Kyllä Ei
39. Syötkö päivittäin
- Maitotuotteita, esim. maitoa, jukurttia, juustoa, rahkaa? Kyllä Ei
 - Kasviksia, marjoja tai hedelmiä? Kyllä Ei
 - Margariinia, öljyä tai öljypohjaisia salaattinkastikkeita? Kyllä Ei
 - Lihaa, kalaa, broileria tai palkokasveja? Kyllä Ei
 - Täysjyväleipää, puuroja, riisiä, perunaa tai pastaa Kyllä Ei
40. Nautitko useammin kuin kerran viikossa
- Pitsaa, hampurilaisia, muita suolaisia leivonnaisia? Kyllä Ei
 - Perunalastuja, muita suolaisia naposteltavia? Kyllä Ei
 - Virvoitusjuomia, sokeroituja mehuja tai energiajuomia? Kyllä Ei
41. Syötkö päivittäin enemmän kuin yhden annoksen makeita leivonnaisia tai yli 50 g suklaata tai muita makeisia? Kyllä Ei
42. Syötkö mielestäsi sopivasti herkkuja? Kyllä Ei
43. Juotko jokaisen aterian yhteydessä pari lasillista juomaa (vettä, maitoa tai piimää)? Kyllä Ei
44. Käytätkö ravintolisiä? Kyllä Ei
- 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
- Lääkärin arvio ravintolisien käytöstä: Normaalia Poikkeavaa
45. Alle 18-vuotiaat: Käytätkö päivittäin D-vitamiinivalmistetta? Kyllä Ei
46. Alle 18-vuotiaat: Käytätkö alkoholia? Kyllä Ei
47. Yli 18-vuotiaat: Käytätkö alkoholia?
- En
 - 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

48. Huolestuttaako sinua joskus ajatus, ettet pysty hallitsemaan syömisesi määrää? Kyllä Ei
49. Oletko laihtunut tai lihonut lähiaikoina yli kolme kiloa kolmen kuukauden aikana? Kyllä Ei
50. Oletko tyytyväinen painoosi? Kyllä Ei
Jos et, paljonko haluat painaa? _____
51. Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha? Kyllä Ei
52. Hallitseeko ruoka mielestäsi liikaa elämääsi? Kyllä Ei
53. Haluaisitko/Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen? Kyllä Ei
54. Tunnetko syyllisyyttä joidenkin ruokien syömisestä? Kyllä Ei
55. Onko sinulla tarvetta ja halua saada ohjausta ravitsemukseen ja ruokavalioon? Kyllä Ei
56. Oletko aikaisemmin saanut ravitsemusohjausta? Kyllä Ei

VAIN NAISURHEILJOILLE TARKOITETTUJA KYSYMYKSIÄ (57.-59.)

57. Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat? _____-vuotiaana
58. 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
59. Käytätkö lääkinnällistä ehkäisyä (e-pilleri, kierukka, ...)? Kyllä Ei

Tarkempi selvitys (mainitse kysymyksen tai selvitetävän kohdan numero)

Jatka tarvittaessa toiselle paperille:

60. Onko jotain, mitä edellä ei tullut esille? Kyllä Ei

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

62. 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 _____ / _____ 201__

Allekirjoitus _____

15 vuotta täyttäneiden oma allekirjoitus ja nimenselvennys

Alle 15-vuotiailta huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys

URHEILIJAN RAVITSEMUSSEULA

Nimi:

1. RUOKAVALIO

Kuinka monta kertaa syöt aterian tai välipalan vuorokauden aikana?

- Kolme kertaa tai harvemmin
 4-7 kertaa
 8 kertaa tai useammin

Syötkö päivittäin vähintään yhden lämpimän aterian?

- Kyllä
 Ei

Syötkö päivittäin

- Maitotuotteita, esim. maitoa, jukurttia, juustoa, rahkaa?
Kasviksia, marjoja tai hedelmiä?
Margariinia, öljyä tai öljypohjaisia salaattinkastikkeita?
Lihaa, kalaa, broileria tai palkokasveja?
Täysjyväleipää, puuroja, riisiä, perunaa tai pastaa?

- | Kyllä | Ei |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nautitko useammin kuin kerran viikossa

- Pitsaa, hampurilaisia, muita suolaisia leivonnaisia?
Perunalastuja, muita suolaisia naposteltavia?
Virvoitusjuomia, sokeroituja mehuja tai energiajuomia?

- | Kyllä | Ei |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Syötkö päivittäin enemmän kuin yhden annoksen makeita leivonnaisia tai yli 50 g suklaata tai muita makeisia?

- Kyllä
 Ei

Syötkö mielestäsi sopivasti herkkuja?

- En
 Kyllä
 En osaa sanoa

Juotko jokaisen aterian yhteydessä pari lasillista juomaa (vettä, maitoa tai piimää)?

- En
 Kyllä

Käytätkö ravintolisiä

- En
 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

Lääkärin arvio ravintolisien käytöstä:

- Normaalialia
- Poikkeavaa

Alle 18-vuotiaat: Käytätkö päivittäin D-vitamiinivalmistetta?

- Kyllä
- En

Alle 18-vuotiaat:

Käytätkö alkoholia?

- En
- Kyllä

Yli 18-vuotiaat:

Käytätkö alkoholia?

- En
- 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

2. SYÖMISKÄYTTÄYTYMINEN

	Kyllä	Ei
Huolestuttaako sinua joskus ajatus, ettet pysty hallitsemaan syömisesi määrää?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko laihtunut tai lihonut lähiaikoina yli kolme kiloa kolmen kuukauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko tyytyväinen painoosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos et, paljonko haluat painaa? _____		
Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallitseeko ruoka mielestäsi liikaa elämääsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haluaisitko/Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän
kylläinen?

Tunnetko syyllisyyttä joidenkin ruokien syömisestä?

3. RAVITSEMUSOHJAUS

Kyllä Ei

Onko sinulla tarvetta ja halua saada ohjausta ravitsemukseen
ja ruokavalioon?

Oletko aikaisemmin saanut ravitsemusohjausta?