

BCB laaturekisteri esitiedot

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Vastauspäivämäärä _____

Pituus: _____ cm

Paino: _____ kg

Onko teillä allergioita tai yliherkyyksiä (lääkkeet, laastarit, kumit, ruoka-aineet tms.)

Kyllä

Ei

Kuukautisten alkamisikä _____

Kuukautisten loppumisikä _____

Onko teillä kuukautiskipuja

Kyllä

Ei

Vuodon määrä

Niukka

Tavallinen

Runsas

Kuukautisten kesto (päivää) _____ vrk

Kuukautisten kierto (päivää) _____ vrk

Viimeiset kuukautiset _____

Oletteko raskaana

Kyllä

Ei

Nykyinen ehkäisy

Ei mitään

E-pillerit

Kierukka

Hormonikierukka

Kapselit

Sterilisaatio

Kondomi

Muu _____

Aikaisempi ehkäisy

Raskaudet (synnytykset, keskenmenot, kohdun ulkopuoliset raskaudet ja keskeytykset)

Gynekologiset sairaudet ja hoidot (solumuutokset, tulehdukset, sukupuolitaudit, endometrioosi, kystat, hormonihoitot, lapsettomuushoidot)

Aikaisemmat leikkaukset

Viimeinen irtosolukoe(papa) tulos

Mammografia tulos

Hormonikorvaushoito/emättimen paikallinen hoito

Onko teillä

Kohonnut verenpaine

Korkea kolesteroli

Rytmihäiriöitä

Sydämen vajaatoiminta

Läppäkiva tai synnynnäinen sydänvika

Tahdistin

Verenkiertohäiriöitä (huimaus, katkokävely tms.)

Keuhkosairaus (astma, keuhkolaajentuma tms.)

Ollut käytössä kortisonitabletteja viim. 6 kk:n aikana

Maksasairaus, sappikivet, hepatiitti

Munuaissairaus, virtsatieinfektio

Syömishäiriö/suolistosairaus

Palleatyrä

Laihtumista

Sokeritauti

Kilpirauhassairaus

Verenvuototaipumus

Anemia

Selkäsairaus/nivelkulumia

Reuma/sidekudossairausEpilepsia

Lihassairaus/muu neurologinen sairaus

Psyykinen sairaus

Silmä-/korvasairaus

Syöpä

Tarttuvia tauteja (esim. hepatiitti, HIV tms.)

Pahoinvointitaipumus

Päänsärkytaipumus

Sepelvaltimotauti/sydäninfarkti

Vuonna_____

Laskimoveritulppa/muu veritulppa

Vuonna _____

Aivoinfarkti

Vuonna _____

Aivoverenvuoto

Vuonna _____

Uniapnea

Jos teillä on uniapnea, onko teillä käytössä CPAP

Kyllä

Ei

Onko teillä tai lähisukulaisilla ollut ongelmia leikkausten/anestesioiden aikana tai niiden jälkeen

Mitä muuta haluaisitte lääkärin tietävän aikaisemmista sairauksistanne

Onko teillä jokin muu sairaus tai vamma

Oletteko olleet potilaana/työssä sairaalassa pohjoismaiden ulkopuolella viim. 6 kk:n aikana

Kyllä

Ei

Tupakointi

Kyllä

Ei

Alkoholin käyttö

Kyllä

Ei

Huumeiden käyttö

Kyllä

Ei

Onko teillä

Silmälasit

Piilolasit

Hammasproteesi

Nastat, sillat, kuoret

Kuulolaite

Heikentynyt kuulo

Esiintyykö teillä rintakipu ja tai hengenhdistusta

Kovassa rasituksessa (esim. 2. krs portaiden nousu)

Lievässä rasituksessa (tasamaakävely, kotiaskareet)

Levossa (esim. öisin)

Rajoittaako jokin muu oire suorituskykyänne (esim. jalkavaivat, heikentynyt yleiskunto)

Jatkohoitonne ja mahdollisen avun selvittämiseksi tiedustelemme seuraavia asioita

Ruokavalio

Vatsan toiminta

Normaali

Hidastunut

Minkälaisia virtsavaivoja teillä on ollut

Minkälaisia apuvälineitä tarvitsette

Onko teillä kotiapua

Kotisairaanhoido

Kotipalvelu/Ateriapalvelu

Muu,

mikä _____

Mitä muuta haluaisitte tiedottaa teitä hoitavalle henkilökunnalle

Omalääkäri/Terveysasema

[BCB lantionpohjavaivojen kartoitus](#)

[BCB oirekyselykaavake](#)

[BCB,Laaturekisterilomake 15D](#)

[BCB, Esitiedot](#)