

# Ehkäisyneuvonnan alkuhaastattelu ja seuranta

Nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Yleinen terveydentila	
Pituus:	Paino:
BMI: (hoitaja täyttää)	Verenpaine: (hoitaja täyttää)
Allergiat: <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mikä:	
Diagnosoitu aurallinen migreeni:	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Akne:	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Diabetes:	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Masennus, uupumus:	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Syömishäiriöt:	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Toivotko ravitsemusneuvontaa, apua painonhallintaan:	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä

Päihteen	
Tupakointi tai nuuskan käyttö: <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä aloitusikä: kpl/vrk:	
Alkoholin käyttö: Jos kyllä, kuinka usein: montako annosta:	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Huumekokeilut/-käyttö:	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä

Seksuaalisuus ja parisuhde	
Seurusteletko?	<input type="checkbox"/> parisuhteessa <input type="checkbox"/> sinkku
Haluaisitko keskustella seksuaalisuudesta ammattilaisen kanssa?	<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä
Oletko kokenut seksuaalista kaltoinkohtelua?	<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä

Sukurasitteet	
Onko lähisukulaisella (vanhemmat tai sisarukset) ollut alle 50-vuotiaana?	
Laskimo- tai keuhkoveritulppa:	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Todettu tukos- tai vuototaipumus: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Aivoveritulppa:	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Rintasyöpä tai gynekologinen syöpä: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

Gynekologiset esitiedot	
Kuukautisten alkamisikä:	
Viimeisten kuukautisten alkamispäivä:	
Kuukautiskierto	<input type="checkbox"/> säännöllinen (norm. 21-35 pv) <input type="checkbox"/> epäsäännöllinen
Kuukautisvuoto	<input type="checkbox"/> niukka <input type="checkbox"/> tavallinen <input type="checkbox"/> runsas
Kuukautisvuodon kesto: _____ vrk	
Kuukautiskivut	<input type="checkbox"/> ei ole <input type="checkbox"/> lieviä <input type="checkbox"/> voimakkaita
Kuukautiskipulääkitys:	
Vuotohäiriöt:	<input type="checkbox"/> ei ole <input type="checkbox"/> välivuotoa

<u>Aikaisemmat</u> synnytykset (v.): keskenmenot (v.): keskeytykset (v.):	
Papa-näyte: <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, viimeksi vuonna:	
Oletko käynyt seksitautitesteissä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin	
Onko sinulta hoidettu jokin seksitauti <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mikä:	
Jälkiehkäisyn käyttö: <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä _____krt/vuosi	
Aikaisemmat gynekologiset sairaudet:	
Tutkitko säännöllisesti rintasi: <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä	

Ehkäisy	
Nykyehkäisy:	Kuinka kauan ollut käytössä:
Kuinka pitkäaikaisen ehkäisyn tarvitset?	
Onko mielestäsi nykyisellä ehkäisymenettelmälläsi sivuoireita, kuten	Emättimen limakalvojen kuivuutta: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Päänsärkyä: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Pahoinvointia: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Ajoittuuko päänsärky taukoviikolle? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Ihon rasvoittumista, aknea: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Rintojen turvotusta/arkuutta: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Tiputteluvuotoa: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Turvotusta muualla kehossa: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Hikoiluoireita ("kuumat aallot"): <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Painon nousua: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Emätintulehdukset (hiiva): <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Verenpaineen nousua: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Toiveet ehkäisyn suhteen:
Seksuaalista haluttomuutta: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Mielialan muutoksia: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	