

#EhkäisyNETTI



Sinun taustatietosi, ehkäisyn valintaa varten

Lisää tietoa ehkäisyyn
liittyvistä asioista löydät
osoitteesta:

www.ehkaisynetti.fi



Nimi:	Sosiaaliturvatunnus:
Osoite:	Puh:

Yleinen terveydentila

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

Päihteet

Tupakointi, aloitusikä:	kpl/vrk:
Alkoholin käyttö:	kuinka usein: montako annosta:
Huumekekeilut/-käyttö:	<input type="radio"/> ei <input type="radio"/> kyllä

Seksuaalisuus ja parisuhde

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

Sukurasitteet

Onko lähisukulaisella (vanhemmat tai sisarukset) ollut alle 50-vuotiaana?

Laskimo -tai keuhkoveritulppa:	<input type="radio"/> kyllä <input type="radio"/> ei	Todettu tukos- tai vuototaipumus:	<input type="radio"/> kyllä <input type="radio"/> ei
Aivoveritulppa:	<input type="radio"/> kyllä <input type="radio"/> ei	Rintasyöpä:	<input type="radio"/> kyllä <input type="radio"/> ei

Gynekologiset esitiedot

Kuukautisten alkamisikä:	vuotta:	Aikaisemmat synnytykset (v.):
Viimeisten kuukautisten alkamispäivä:		keskenmenot (v.):
Kuukautiskierto		keskeytykset (v.):
<input type="radio"/> säännöllinen (norm. 21–35 pv)		
<input type="radio"/> epäsäännöllinen		
Kuukautisvuoto		PAPA-näyte: <input type="radio"/> kyllä, viimeksi vuonna: <input type="radio"/> ei
<input type="radio"/> niukka <input type="radio"/> tavallinen <input type="radio"/> runsas		Seksitaudit: <input type="radio"/> ei <input type="radio"/> kyllä, mikä _____
Kuukautisvuodon kesto:	vrk	Jälkiehkäisyn käyttö: <input type="radio"/> kyllä, _____ krt/vuosi <input type="radio"/> ei
Kuukautiskivut		Tutkitko säännöllisesti rintasi: <input type="radio"/> kyllä <input type="radio"/> en
<input type="radio"/> ei ole <input type="radio"/> lieviä <input type="radio"/> voimakkaita		
Kuukautiskipulääkitys:		
Vuotohäiriöt: <input type="radio"/> ei ole <input type="radio"/> välivuotoa		

Ehkäisy

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