

PÄÄNSÄRKYNUOREN ESITIETO- JA HOITOSUUNNITELMALOMAKEISTO s.1/3

Paikka:	pvm:		
Haastattelija:	puhelin:		
Henkilötiedot			
nimi:	syntymäaika:	ikä:	
osoite:	postinumero:		
huoltaja:	puhelin:		
osoite, jos eri:	työpuhelin:		
Taustatiedot			
paino: kg	pituus: cm	BMI:	pulssi: RR:
näkö:	näkö tutkittu:		
purenta	hammaslääkärillä käyty:		
ryhti:	ryhti tarkastettu:		
allergiat:			
sairaudet:			
lääkitykset:			
Oliko pienempänä koliikkia? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> , pulauttelua/ oksentelua? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Onko taipumusta matkapahoinvointiin? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Elämäntavat			
Nukkuminen: yleensä tuntia/vrk,	Uni rauhallista <input type="checkbox"/> levotonta <input type="checkbox"/>		
Herää itse klo herätetään klo	Herätessä virkeä <input type="checkbox"/> väsynyt <input type="checkbox"/> ärtyinen <input type="checkbox"/>		
Ruokahalu yleensä hyvä <input type="checkbox"/> huono <input type="checkbox"/>	Ruokavalio monipuolinen <input type="checkbox"/> yksipuolinen <input type="checkbox"/>		
aamupala sisältää:			
lounas:			
välipala:			
päivällinen:			
iltapala:			
makeisia x viikossa virvoitusjuomia x viikossa perunalastuja tms x viikossa			
päivän aikana juo: vettä n. dl, mehua n. dl limsaa n. dl kahvia dl/			
Päihteiden käyttö/kokeilu: tupakointi <input type="checkbox"/> nuuska <input type="checkbox"/> alkoholi <input type="checkbox"/> lääkkeet <input type="checkbox"/> huumeet <input type="checkbox"/>			
Liikunta: mieluista kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Montako tuntia päivässä? h ja viikossa n. h			
Koulumatkan pituus km, jonka kulkee yleensä kävellen <input type="checkbox"/> pyörällä <input type="checkbox"/> autolla tms. <input type="checkbox"/>			
Harrastaa säännöllisesti:			
Muita harrastuksia:			
Televisiota nuori katsoo n. tuntia päivässä / tuntia viikossa			
Mieluiten katsoo:			
Tietokoneella viettää aikaa n. tuntia päivässä tuntia viikossa			
Tietokonepelejä pelaa n. tuntia päivässä tuntia viikossa			
Koulussa käynti yleensä mieluista? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Jos ei, niin miksi?:			
Onko merkkejä kiusatuksi tulemisesta? ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> , mitä:			
Onko helppo tutustua ja ystävystyä? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Montako hyvää ystävää			
Mieliala yleensä hyväntuulinen <input type="checkbox"/> vaihteleva <input type="checkbox"/> ärtynyt <input type="checkbox"/>			
Perhetilanne:			
Onko lähiaikoina jokin muuttunut? ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> , mikä:			

PÄÄNSÄRKYNUOREN ESITIETO- JA HOITOSUUNNITELMALOMAKKEISTO

sivu 2/3

Nimi:	pvm:
Haastattelija:	

Päänsärkyanamneesi			
Ensimmäiset oireilut alkoivat:			
Päänsärkyjen tiheys	Päänsärlyn kesto:	tuntiapäivää	
Päänsärky			
Tuntuu toispuoleisena <input type="checkbox"/> , missä?:	ympäri pään <input type="checkbox"/>		
Tuntuu jyskyttävänä, sykkivänä <input type="checkbox"/>	tasaisena <input type="checkbox"/>		
Alkaa äkillisesti <input type="checkbox"/>	pikku hiljaa <input type="checkbox"/>		
Särky on yleensä: lievä <input type="checkbox"/> / kohtalaista <input type="checkbox"/> / voimakasta <input type="checkbox"/> / erittäin voimakasta <input type="checkbox"/>			
VAS 1-2 = lievä VAS 3-5 = kohtalaista VAS 6-8 = voimakasta VAS 9-10 = erittäin voimakasta			
Haittaa ja häiritsee normaalia elämää paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> vain vähän <input type="checkbox"/>			
Päänsärkyyn liittyy yleensä			
pahoinvointia <input type="checkbox"/> oksentelua <input type="checkbox"/>			ei <input type="checkbox"/>
valonarkuutta <input type="checkbox"/> hajuerkkyyttä <input type="checkbox"/> meluerkkyyttä <input type="checkbox"/>			ei <input type="checkbox"/>
liikkuminen ja fyysinen rasitus pahentaa särkyä kyllä <input type="checkbox"/>			ei <input type="checkbox"/>
Päänsärkyä edeltää			
näköhäiriöitä <input type="checkbox"/> , millaisia?			
tuntohäiriöitä, pistelyä <input type="checkbox"/> poissaolevuutta <input type="checkbox"/> puheentuottamisen vaikeutta <input type="checkbox"/>			
huimausta <input type="checkbox"/> väsymystä <input type="checkbox"/> , uneliaisuutta <input type="checkbox"/> , haukottelua <input type="checkbox"/>			
Päänsärlyn aiheuttajana	on huomattu olevan	saattaa olla	ei ole
nälkä, epäsäännöllinen syöminen			
jano, vähäinen juominen, hikoilu			
muutamat ruoka-aineet, mitkä?			
väsymys			
jännitys/pelko/mielipaha			
kiire/stressi			
fyysinen rasitus			
kirkkaat valot, häikäisy			
Tv, tietokone			
hajut			
melu, hälinä			
muu, mikä?			
Päänsärky helpottaa kun			
menee lepäämään <input type="checkbox"/> nukahtaa <input type="checkbox"/>	ulkoilee <input type="checkbox"/> ja/tai liikkuu <input type="checkbox"/>		
on hämärässä <input type="checkbox"/> on viileässä <input type="checkbox"/> on lämpimässä <input type="checkbox"/>			
lääke auttaa: aina <input type="checkbox"/> useimmiten <input type="checkbox"/> harvoin <input type="checkbox"/> ei yleensä <input type="checkbox"/>	ei käytetä <input type="checkbox"/>		
yleisimmin käytetty lääke:	annos:		
joskus käytetty lääke:	annos:		
muita konsteja:			
Suvussa esiintyy migreeniä: ei <input type="checkbox"/> ei ole tiedossa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ,			
kenellä/keillä?:			

PÄÄNSÄRKYNUOREN ESITIETO- JA HOITOSUUNNITELMALOMAKKEISTO

sivu

3/3

Nimi:	pvm:
Haastattelija:	

Potilaan ja omaisten toiveet

Haastattelijan kommentit:

Tutkimukset	ajankohta

Hoito-ohjeet	annettu materiaali

Reseptit lääkehoitoon	kirjoitettu

Lähetteet:	

Seuranta

Hoitaja:

Lääkäri:

Omainen:
