

PÄÄNSÄRKYPOTILAAN ESITIETO- JA HOITOSUUNNITELMALOMAKEISTO s.1/3

Voidaan täyttää ennen työterveyshuoltoon/neurologille menoa tai vastaanotolla

Paikka:	pvm:		
Henkilötiedot			
nimi:	syntymäaika:	ikä:	
osoite:	postinumero:		
työ/opiskelupaikka:	puhelin:		
osoite:	työpuhelin:		
Taustatiedot			
paino: kg	pituus: cm	BMI:laskukaava	pulssi: RR:
näkö tarkastettu vuonna _____	silmälasit aina:		vain lukulasit:
purenta tarkastettu? kyllä <input type="checkbox"/> vuonna: ei <input type="checkbox"/>	hoitona:		
ryhti tarkastettu? kyllä <input type="checkbox"/> vuonna: ei <input type="checkbox"/>	hoitona:		
allergiat:			
sairaudet:			
lääkitykset päänsärkyyn, nykyisin:			
aiemmin:			
lääkitykset muihin sairauksiin/vaivoihin:			
Onko taipumusta matkapahoinvointiin? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Elämäntavat, viimeisten 6 kk aikana			
Nukun yleensä yöllä ___ tuntia ja päivällä ___	Uni on rauhallista <input type="checkbox"/> levotonta <input type="checkbox"/>		
Herään yleensä ilman herätystä; kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Olen virkeä <input type="checkbox"/> väsynyt <input type="checkbox"/> ärtyinen <input type="checkbox"/>		
Ruokahaluni on yleensä hyvä <input type="checkbox"/> huono <input type="checkbox"/>	Ruokavalio monipuolinen; kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>		
Yleensä syön: aamupalan klo: _____	lounaan klo: _____		
välipalan klo: _____	päivällisen klo: _____	iltapalan klo: _____	
makeisia x viikossa	virvoitusjuomia x viikossa	alkoholia x viikossa	
päivän aikana juon vettä n. l,	mehua/ limsaa n. dl	kahvia dl	teetä dl
tupakointini on säännöllistä; ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> , paljonko?	Käytän nuuskaa; kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>		
Päihteiden käyttö/kokeilu: alkoholi <input type="checkbox"/> lääkkeet <input type="checkbox"/> huumeet <input type="checkbox"/> sekakäyttöä <input type="checkbox"/>			
Liikunta on mieluista ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> Montako tuntia päivässä? h ja viikossa n. h			
liikuntasuosituksia pääsee katsomaan http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka			
Työ/opiskelumatkan pituus km, yleensä kävellen <input type="checkbox"/> pyörällä <input type="checkbox"/> autolla <input type="checkbox"/>			
Harrastan säännöllisesti:			
Muita harrastuksiani ovat:			
Televisiota katson noin _____ tuntia päivässä / _____ tuntia viikossa			
Tietokoneella aikaa kuluu työssä n. _____ tuntia päivässä _____ tuntia viikossa			
Tietokoneella/tabletilla/älypuhelimella aikaa kuluu vapaa-ajalla n. _____ tuntia päivässä			
Työssäkäynti on yleensä mieluista? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Jos ei, niin miksi ei?:			
Olen havainnut merkkejä työuupumuksesta; ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> , mitä?:			
Minulla on keinoja purkaa huoliani; ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> , miten?			
Minulla on riittävän monta ystävää; kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> → koen yksinäisyyttä; kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Mielialani on yleensä hyväntuulinen <input type="checkbox"/> vaihteleva <input type="checkbox"/> ärtynyt <input type="checkbox"/> alakuloinen <input type="checkbox"/>			
Perhetilanne:			
Onko lähiaikoina jokin muuttunut? ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> , mikä:			

PÄÄNSÄRKYPOTILAAN ESITIETO- JA HOITOSUUNNITELMALOMAKKEISTO

sivu

2/3

Nimi:	pvm:
-------	------

Päänsärkyanamneesi			
Ensimmäiset oireilut alkoivat:			
Päänsärkyjen tiheys		Päänsärlyn kesto: tuntiapäivää	
Päänsärky			
Tuntuu toispuoleisena <input type="checkbox"/> , missä?:		ympäri pään <input type="checkbox"/>	
Tuntuu jyskyttävän, sykkivän <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"/>			
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"/> valonarkuutta <input type="checkbox"/>			
hajuherkkyyttä <input type="checkbox"/> meluherkkyyttä <input type="checkbox"/>		joskus: pahoinvointia <input type="checkbox"/> oksentelua <input type="checkbox"/>	
valonarkuutta <input type="checkbox"/> hajuherkkyyttä <input type="checkbox"/> meluherkkyyttä <input type="checkbox"/>		jotain muuta:	
liikkuminen ja fyysinen rasitus pahentaa särkyä kyllä <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"/> , hajuherkkyyttä <input type="checkbox"/>			
Päänsärlyn aiheuttajana	olen huomannut olevan	saattaa olla	ei ole
nälkä, epäsäännöllinen syöminen			
jano, vähäinen juominen, hikoilu			
ruoka-aineet, joiksi epäilen:			
lisäaineet, mitkä?			
väsymys			
unihäiriöt			
jännitys/pelko/mielipaha			
kiire/stressi			
fyysinen rasitus			
kirkkaat valot, häikäisy			
Tv, tietokone			
hajut			
melu, hälinä			
kuukautiset			
jokin muu, mikä?			
jokin muu, mikä?			
Päänsärky helpottaa, kun			
menen lepäämään <input type="checkbox"/> rentoudun <input type="checkbox"/> otan lääkkeen <input type="checkbox"/> ulkoilen <input type="checkbox"/> ja/tai liikun <input type="checkbox"/>			
olen hämärässä <input type="checkbox"/> olen viileässä <input type="checkbox"/> olen lämpimässä <input type="checkbox"/> olen hiljaisuudessa <input type="checkbox"/>			
lääkitys auttaa; aina <input type="checkbox"/> useimmiten <input type="checkbox"/> joskus <input type="checkbox"/> harvoin <input type="checkbox"/>			
yleisimmin käytetty lääke:		annos:	
joskus käytetty lääke:		annos:	
muita hoitoja ja keinoja:			
Suvussa esiintyy migreeniä: ei <input type="checkbox"/> ei ole tiedossa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ,			
kenellä/keillä?:			

PÄÄNSÄRKYPOTILAAN ESITIETO- JA HOITOSUUNNITELMALOMAKKEISTO

sivu

3/3

Nimi:	pvm:
Haastattelija:	

Asiakkaan toiveet

Haastattelijan kommentit:

Tutkimukset	ajankohta

Hoito-ohjeet	annettu materiaali

Reseptit lääkehoitoon	kirjoitettu

Lähetteet:	

Seuranta

Hoitaja: _____
nimen selvennys

Lääkäri: _____
nimen selvennys

Asiakas: _____ tietoja saa luovuttaa: ei kyllä ,minne?

tietojani saa luovuttaa _____

Tyhjennä kentät