

Perustiedot

Sukunimi		Etunimi	
Henkilötunnus		Väliaikainen henkilötunnus	
Katuosoite			
Postinumero	Kotipaikkakunta	Asuinkunta	
Sähköpostiosoite		Puhelinnumero	
Äidinkieli			
Asiointikieli ☐ suomi ☐ ruotsi ☐ englanti ☐ saamen kieli, mikä? _____ ☐ muu, mikä (tulkkaustarve)? _____			
Siviilisäätö ☐ naimaton ☐ leski ☐ naimisissa ☐ rekisteröidyssä parisuhteessa ☐ avoliitossa ☐ eronnut rekisteröidystä parisuhteesta ☐ asumuserossa ☐ leski rekisteröidyn parisuhteen jälkeen ☐ eronnut ☐ tuntematon			
Kansalaisuus		Maahantulovuosi	
Ammatti			
Työssäkäynti ☐ koko-aikatyötä tekevä ☐ pitkäaikaistyötön ☐ osa-aikatyötä tekevä ☐ opiskelija ☐ keikkatyötä tekevä ☐ perhevapaalla oleva tai omaa kotitalouttaan hoitava ☐ yrittäjä ☐ jokin muu _____ ☐ työtön työnhakija			
Keitä perheeseen kuuluu? (puoliso, lapset, muu)			
Yhteyshenkilön nimi ja suhteesi yhteyshenkilöön			
Puolison/yhteyshenkilön puhelinnumero		Puolison/yhteyshenkilön äidinkieli:	
Puolison/yhteyshenkilön tulkattava kieli		Puolison ammatti/työ	
Perheeseen kuuluvat muut henkilöt			

Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset

Montako raskautta sinulla on ollut (lukumäärä)?	Viimeisimmän raskauden kesto raskausviikkoina
Montako synnytystä sinulla on ollut (lukumäärä)?	Viimeisimmän synnytyksen vuosiluku?
Millainen oli aiempi synnytysesesi?	
Viimeisimmästä raskaudesta syntyneiden lasten lukumäärä	Lapsen/lasten syntymäpaino grammoina
Edellinen imetys ☐ täysimetys (kesto kuukausina) _____ ☐ ei imetystä ☐ koko imetysajan kesto kuukausina/vuosina _____	
Miten koit aiemman raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisen ajan (koitko esimerkiksi synnytyspelkoa tai synnytyksen jälkeistä masennusta)?	
Onko sinulla ollut keskenmenoja? ☐ ei ☐ kyllä, vuosiluku _____	Onko sinulle tehty raskauden keskeytyksiä? ☐ ei ☐ kyllä, vuosiluku _____

Nykyraskaus

Viimeisten kuukautisten alkamispäivä	
Viimeisin papa-näyte (vuosi)	Aiheuttiko jatkotoimenpiteitä? ☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En muista
Raskautta edeltänyt ehkäisy ☐ yhdistelmätabletit ☐ muu kohdunsisäinen ehkäisin ☐ emätinrengas ☐ kondomi ☐ ehkäisyalaastari ☐ sterilointi (naisen) ☐ progestiinitabletit ☐ sterilointi (miehen) ☐ ehkäisykapseli ☐ joku muu ehkäisy ☐ kohdunsisäinen hormoniehkäisin ☐ ei ehkäisyä	
Milloin raskauden ehkäisy lopetettiin?	Oletko käyttänyt jälkiehkäisyä? ☐ Kyllä ☐ En
Onko käytetty hedelmöityshoitoa? ☐ Kyllä ☐ Ei Mikä hedelmöityshoito? ☐ munarakkulan kypsytyshoito ☐ alkiodiagnostiikka ☐ inseminaatio (siittiöiden ruiskutus kohtuun) ☐ luovutettu sukusolu tai alkio ☐ IVF (koeputkihedelmöityshoito) ☐ ei tietoa hoidon tyypistä ☐ ICSI (mikrohedelmöityshoito) ☐ joku muu, mikä? ☐ pakastetun alkion siirto (FET/PAS) _____ ☐ blastokystiviljely (alkioiden pitkä viljely) _____	
Munasolun luovuttajan ikä luovutushetkellä (vuosina)	

Omat terveystiedot

Mikä on pituutesi (cm)?	Mikä oli painosi ennen raskautta (kg)?	Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat?
-------------------------	--	---------------------------------------

Terveystietojen vaikuttavat elintavat

Ravitseminen

Onko sinulla jokin erityisruokavalio?

- | | |
|--|---|
| ☐ laktoositon tai vähälaktoosinen ruokavalio | ☐ vilja-allergisen ruokavalio |
| ☐ gluteeniton ruokavalio | ☐ maitoallergisen ruokavalio |
| ☐ kasvisruokavalio, jossa maitovalmis-
teita ja/tai kananmunaa | ☐ muu ruoka-aineallergian ruokavalio |
| ☐ kasvisruokavalio, jossa kalaa | ☐ muu erityisruokavalio |
| ☐ vegaaniruokavalio | |

Maitovalmisteiden tai vastaavien täydennettyjen kasvipohjaisten (esimerkiksi soija tai kaura) valmisteiden käyttö ja käyttömäärät/päivä

Kuinka monta ateriaa syöt päivittäin (lukumäärä)?

Kuinka monta kertaa päivässä syöt kasviksia (ei perunaa), hedelmiä ja marjoja?

- | | |
|--|--|
| ☐ En syö joka päivä | ☐ 3–4 kertaa päivässä |
| ☐ 1–2 kertaa päivässä | ☐ 5 kertaa päivässä tai enemmän |

Kuinka monta kertaa viikossa syöt kalaruokia?

- | | |
|---|--|
| ☐ en syö joka viikko | ☐ vähintään 2 kertaa viikossa |
| ☐ kerran viikossa | |

Kuinka usein käytät mehua, virvoitus- tai energiajuomia sekä kahvia tai kofeiinipitoista teetä?

- | | |
|--|--|
| ☐ 3 kertaa tai useammin päivän aikana | ☐ harvemmin kuin päivittäin |
| ☐ 1–2 kertaa päivässä | ☐ en käytä ollenkaan |

Ravintolisät

	Kyllä	En
Käytitkö foolihappolisävalmistetta säännöllisesti ennen raskautta?	☐	☐
Käytitkö foolihappoa sisältäviä valmisteita raskauden aikana?	☐	☐
Käytitkö D-vitamiinia sisältäviä valmisteita raskauden aikana?	☐	☐
Käytitkö kalsiumia sisältäviä valmisteita raskauden aikana?	☐	☐
Käytitkö B12-vitamiinia sisältäviä valmisteita raskauden aikana?	☐	☐
Käytitkö monivitamiinilisiä raskauden aikana?	☐	☐
Käytitkö luontaistuotteita raskauden aikana?	☐	☐

Liikunta

Kuinka monta tuntia viikossa harrastat reipasta liikuntaa (tunteina)?

Liikunnan harrastaminen

- | | |
|---|--|
| ☐ kilpaurheilu | ☐ arkiliikkuja |
| ☐ tavoitteellinen harrastaja | ☐ en harrasta liikuntaa |
| ☐ harrastaja | |

Uni/lepo

Kuinka monta tuntia nukut vuorokaudessa?	Koetko saavasi riittävästi unta ja lepoa? ☐ Kyllä ☐ En
--	---

Päihteiden käyttö

Tupakointi ☐ en ole koskaan tupakoinut tai käyttänyt sähkötupakkaa ☐ olen tupakoinut tai käyttänyt sähkötupakkaa ja lopettanut ennen raskautta ☐ olen tupakoinut tai käyttänyt sähkötupakkaa ja lopettanut raskauden aikana ☐ tupakoin tai käytän sähkötupakkaa raskauden aikana	
Kuinka monta savuketta poltat päivittäin (kappaletta/päivä)?	Altistutko tupakansavulle ☐ Kyllä ☐ En
Käytätkö nikotiinituotteita ☐ en ole koskaan käyttänyt ☐ olen käyttänyt ja lopettanut ennen raskautta ☐ olen käyttänyt ja lopettanut raskauden aikana ☐ käytän nikotiinituotteita raskauden aikana	
Kuinka usein käytät alkoholia? Kuvaa alkoholin käyttöäsi raskautta edeltäneen vuoden aikana. ☐ ei koskaan ☐ noin kerran kuukaudessa tai harvemmin ☐ 2–4 kertaa kuukaudessa ☐ 2–3 kertaa viikossa ☐ 4 kertaa viikossa tai useammin	Oletko raskausaikana käyttänyt tai käytätkö alkoholia? ☐ en ☐ kyllä, mutta olen jo lopettanut ☐ kyllä
Oletko käyttänyt tai oletko kokeillut huumaus- tai lääkeaineita päihdetarkoituksessa? ☐ Kyllä ☐ En	
Oletko raskausaikana käyttänyt tai käytätkö huumaus- tai lääkeaineita päihdetarkoituksessa? ☐ En ☐ Kyllä, mutta olen jo lopettanut ☐ kyllä ja käytän edelleen	

Suun terveydenhuolto

Kuinka monta kertaa päivässä harjaat hampaasi? ☐ 2 kertaa tai enemmän ☐ kerran päivässä ☐ harvemmin kuin kerran päivässä	
Käytätkö hampaiden harjaamisen yhteydessä fluorihammastahnaa? ☐ Kyllä ☐ En	Milloin kävit viimeksi hammaslääkärin tai suuhygienistin suorittamassa tarkastuksessa? (merkitse vastaukseksi vuosiluku)

Sairaudet ja lääkitys

Onko sinulla todettu jokin seuraavista sairauksista tai riskeistä? (voit valita useamman vaihtoehdon)	
☐ diabetes	☐ veritulppa (tromboembolia)
☐ sydänvika tai -sairaus	☐ veren hyytymishäiriö (trombofilia)
☐ verenpainetauti	☐ kilpirauhasen toimintahäiriö
☐ astma	☐ allergiat (ml. lääkeaineallergiat)
☐ epilepsia	☐ synnynnäinen epämuodostuma
☐ munuaistauti	☐ työperäiset riskit
☐ maksasairaus	☐ jokin muu, mikä?
☐ suolistosairaus	

Onko sinulle tehty jokin seuraavista toimenpiteistä?

- | | |
|--|--|
| ☐ vatsan alueen leikkaus | ☐ ympärileikkaus |
| ☐ keisarileikkaus | ☐ ympärileikkauksen avaus |
| ☐ muu kohtuun kohdistunut leikkaus | ☐ verensiirto |
| ☐ kohdun kaulaan kohdistunut leikkaus | ☐ toimenpide, leikkaus, sairaalahoito ulko-
mailla viimeisen 12 kuukauden aikana |
| ☐ lihavuuden leikkaushoito | ☐ jokin muu, mikä? |
| ☐ rintoihin kohdistunut leikkaus | |

Onko sinulla todettu jokin seuraavista sairauksista?

- | | |
|---|--|
| ☐ kondylooma | ☐ C-hepatiitti |
| ☐ tippuri | ☐ B-hepatiitti |
| ☐ klamydia | ☐ HIV |
| ☐ kuppa | ☐ muu sairaus tai oireilu |
| ☐ genitaalierpes | ☐ ei mikään yllä olevista |

Oletko sairastanut vesirokon tai saanut vesirokkorokotteen?

- ☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Oletko saanut tuhkarokko-vihurirokko-sikotauti-rokotteen?

- ☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Ovatko muut rokotuksesi ajan tasalla?

- ☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Onko sinulla todettu vammoja tai aistihäiriöitä? (esimerkiksi näkövamma, kuulovamma)

Onko sinulla esiintynyt seuraavia oireita?

- | | |
|--|---|
| ☐ ahdistus | ☐ paniikkikohtaus |
| ☐ masennus | ☐ syömishäiriö |
| ☐ jännittyneisyys | ☐ muu psyykkinen oireilu tai sairaus |
| ☐ pelkotilat | ☐ ei mikään yllä olevista |

Onko sinulla jokin lääkärin määräämä lääkitys?

- ☐ Ei ☐ Kyllä, mikä?

Onko sinulla käytössä jokin itsehoitolääke?

- ☐ Ei ☐ Kyllä, mikä?

Perheen hyvinvointi

Mistä iloitset elämässä?

Oletko huolissasi jostakin asiasta?

Mitkä ovat perheenne vahvuudet?

Mitä ajatuksia raskaus sinussa herättää?

Mitä odotat neuvolakäynneiltä?