

Kouluikäisten turvapaikkaa hakevien lasten ja nuorten alkuterveystarkastus

ESITIEDOT (ANAMNEESI)			
Taustatiedot	SUKUNIMI JA ETUNIMI:	SYNTYMÄAIKA:	UMAREK-NUMERO:
	PERHE: Keitä perheeseesi kuuluu ja kenen kanssa asut? Onko perheesi rakenteessa tapahtunut muutoksia?		PERHETTÄ KUORMITTAVAT TEKIJÄT: Onko perheenne elämässä tällä hetkellä kuormittavia asioita kuten menetyksiä, vaikeuksia tai vastoinkäymisiä?
	LUKUTAITO: Kuinka hyvin osaat lukea? <i>Pystyn lukemaan kaikenlaista tekstiä / Pystyn lukemaan yksinkertaista tekstiä / Osaan lukea nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita / En lainkaan</i>		KOULUNKÄYNTIVUODET: Kuinka monta vuotta olet käynyt koulua?
	OLESKELUALUEET: Missä maissa olet oleskellut ennen Suomeen tuloa? <i>Kirjaa maat, joissa oleskellut</i>	OLOSUHTEET: Oletko elänyt kadulla, pakolaisleirillä, vastaanottokeskuksessa tai ollut säilönnottoyksikössä tai vankilassa? <i>Ei / Kadulla / Pakolaisleirillä / Vastaanottokeskuksessa / Säilönnottoyksikössä / Vankilassa / Ei tietoa</i>	
Kehitys	Oletko kasvanut ja kehittynyt niin kuin ikätoverisi? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>		
Sairaudet	KOETTU TERVEYS: Millaiseksi koet terveytesi tällä hetkellä? <i>Erittäin hyvä / Hyvä / Tyydyttävä / Huono / Erittäin huono</i>	SAIRAUDET: Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma? Sairauksia voivat esimerkiksi olla verenpainetauti, masennus, sydänsairaus tai allergia. <i>Kirjaa sairaudet / Ei / Ei tietoa</i>	
	TUBERKULOOSIANAMNEESI: Oletko sinä, perheenjäsenesi tai läheisesi sairastanut aiemmin tuberkuloosia? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	SAIRAALAJAKSOT JA LEIKKAUKSET: Onko sinulla ollut merkittäviä tutkimuksia tai hoitoja, sairaalajaksoja tai leikkauksia? <i>Kyllä/ Ei / Ei tietoa</i>	
Lääkitys	LÄÄKITYS: Mitä lääkkeitä sinulla on tällä hetkellä käytössä? Onko sinulle määrätty jotain sellaisia lääkkeitä, joita et tällä hetkellä käytä?		
Tämän hetkinen terveydentila	OIREET: Onko sinulla ollut viimeksi kuluneen kuukauden aikana oireita tai vaivoja? Oireita voivat esimerkiksi olla hammassärkyt, pään tai selän särkyt, vatsavaivat, iho-oireet tai tahaton laihtuminen. <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>		
	KUUMEILU: Onko sinulla ollut viimeksi kuluneen kuukauden aikana yli kolme viikkoa kestänyttä kuumetta? <i>Kyllä/ Ei / Ei tietoa</i>	YSKÖKSET: Onko sinulla ollut viimeksi kuluneen kuukauden aikana yskää, jonka yhteydessä nousee limaa tai verta? <i>Kyllä/ Ei / Ei tietoa</i>	
	TOIMINTAKYKY: Rajoittaako jokin terveysongelma sinua/ päivittäisissä toimissa? <i>Ei rajoita / Rajoittaa, mutta ei vakavasti / Rajoittaa vakavasti</i>		
	NÄKÖ: Onko sinulla näön ongelma, joka haittaa sinua päivittäisissä toimissasi? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	KUULO: Onko sinulla kuulon ongelma, joka haittaa sinua päivittäisissä toimissasi? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	

Psyykinen hyvinvointi	<p>TRAUMAATTISET KOKEMUKSET: Toisinaan ihmisille tapahtuu asioita, jotka ovat äärimmäisen järkyttäviä ja niillä voi olla myös pitkäaikaisia vaikutuksia lapsen kehitykseen, terveyteen ja hyvinvointiin. Kysyn sinulta seuraavaksi muutamasta tällaisesta kokemuksesta. Onko lapsi tai nuori kokenut henkisesti tai fyysisesti raskaan tapahtuman tai asian? Tällaisia tapahtumia voivat olla esimerkiksi onnettomuuksissa, väkivalta- ja konfliktitilanteissa mukana oleminen tai huoltajasta eroon joutuminen. <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i></p>
	<p>VAMMAT: Onko sinulla jokin väkivallan tai tapaturman aiheuttama vamma? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i></p>
	<p>TUNNE-ELÄMÄ: Onko sinulla/lapsella tunne-elämän ongelmia? Tunne-elämän ongelmia ovat esimerkiksi ärtyneisyys, ilottomuus, huolestuneisuus, vetäytyminen, pelokkuus tai ajatukset siitä, että olisi parempi olla kuollut. <i>Ei lainkaan / Harvemmin kuin kerran vuodessa / Vuosittain / Kuukausittain tai viikoittain / Päivittäin / Ei tietoa</i></p>
	<p>KÄYTÖSHÄIRIÖT: Onko sinulla/lapsella käytösongelmia? Kuinka usein? Käytösongelmia ovat esimerkiksi aggressiivinen tai välinpitämätön käyttäytyminen ja normaalista kehityksestä poikkeava uhmakkuus. <i>Ei lainkaan / Harvemmin kuin kerran vuodessa / Vuosittain / Kuukausittain tai viikoittain / Päivittäin / Ei tietoa</i></p>
	<p>YLIAKTIIVISUUS: Onko sinulla/lapsella yliaktiivisuus- ja tarkkaavuusongelmia? Kuinka usein? Yliaktiivisuus- ja tarkkaavuusongelmia ovat esimerkiksi keskittymiskyvyttömyys, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. <i>Ei lainkaan / Harvemmin kuin kerran vuodessa / Vuosittain / Kuukausittain tai viikoittain / Päivittäin / Ei tietoa</i></p>

Terveystottumukset	<p>TUPAKKATUOTE: Tupakoitko tai käytätkö muita nikotiinituotteita kuten sähkötupakkaa tai shishaa tai oletko tupakoinut aiemmin ja lopettanut käytön? <i>Tupakka / Nuuska / Sähkösavuke / Muu</i></p>	<p>TUPAKKATUOTTEEN KÄYTTÖ: Kuinka usein? <i>Päivittäin / Satunnaisesti / Ei koskaan / Lopettanut</i></p>
	<p>ALKOHOLIN KÄYTTÖ: Käytätkö alkoholia? Kuinka usein? Vastausvaihtoehdot ovat: <i>Päivittäin / 3–6 kertaa viikossa / 1–2 kertaa viikossa / 1–3 kertaa kuukaudessa / 7–11 kertaa vuodessa / 4–6 kertaa vuodessa / 1–3 kertaa vuodessa / Harvemmin kuin kerran vuodessa / Ei lainkaan</i></p>	
	<p>MUIDEN PÄIHITEIDEN KÄYTTÖ: Oletko käyttänyt muita päihteitä kuten kannabista, khatia tai muita huumeita tai lääkkeitä päihtymistarkoituksessa? <i>Ei / Opioidit / Stimulantit / Unilääkkeet tai rauhoittavat / Hallusinogeenit / Liuottimet / Gamma tai lakka / Kannabis / Muut / Ei tietoa</i></p>	
	<p>RUOKAVALIO: Vältätkö ruokavaliossasi joitakin ruoka-aineita? <i>Laktoositon tai vähälaktoosinen / Gluteeniton / Kasvisruokavalio, jossa maitovalmisteita ja/tai kananmunaa / Kasvisruokavalio, jossa kalaa / Vegaani / Vilja-allergia / Maitoallergia / Muu ruoka-aineallergia / Muu erityisruokavalio</i></p>	
	<p>UNIONGELMIA: Onko sinulla ollut viimeksi kuluneen kuukauden aikana unen ongelmia kuten vaikeuksia nukahtaa tai heräilyä useita kertoja yön aikana? <i>Nukahtamisvaikeus / Unessa pysymisen vaikeus / Liian aikainen herääminen aamulla / Vuorokausirytmisi sekaisin / Päiväsyys / Muu unihäiriö</i></p>	<p>HAMPAIDEN HARJAUS: Kuinka usein harjaat hampaasi? Vastausvaihtoehdot ovat: <i>Kaksi kertaa päivässä tai useammin / Kerran päivässä / Harvemmin kuin kerran päivässä</i></p>

Seksuaali- ja lisääntymisterveys	<p>KUUKAUTISTEN ALKAMINEN: Ovatko kuukautisesi alkaneet? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i></p>	<p>KUUKAUTISIIN LIITTYVÄT ONGELMAT: Onko sinulla ollut ongelmia kuukautisiin liittyen? <i>Ei mitään / Haittaavaa kipua kuukautisten aikana / Runsaat kuukautiset / Epäsäännölliset kuukautiset / Muita vaivoja</i></p>		
	<p>RASKAUS: Oletko raskaana? <i>Kyllä/Ei/Ei tietoa</i></p>	<p>VIIMEISET KUUKAUTISET: Koska sinulla oli viimeiset kuukautiset?</p>	<p>RASKAUKSIEN LUKUMÄÄRÄ: Oletko koskaan ollut raskaana? Jos kyllä, kuinka monta kertaa?</p>	<p>SYNNYTYSTEN LUKUMÄÄRÄ: Oletko synnyttänyt? Jos kyllä, kuinka monta kertaa?</p>
	<p>Seuraavaksi esitän kysymykset seksikumppaneista. Näin voimme keskustella tarvitsetko näihin liittyen tietoa, tutkimuksia ja hoitoa. On tärkeää, että vastaat kysymyksiin oman tilanteesi mukaan ajattelematta, mikä on omassa yhteisössäsi yleensä hyväksyttyä. Suomessa ei saa syrjiä ketään perustuen seksuaalisuuteen tai seksuaalikäyttäytymiseen.</p>			

YHDYNNÄT: Oletko koskaan ollut yhdynnässä? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>		SEKSI: Onko sinulla ollut seksiä viimeksi kuluneen vuoden aikana? <i>Ei lainkaan seksiä / Seksiä vastakkaisen sukupuolen kanssa / Seksiä oman sukupuolen kanssa / Ei halua kertoa</i>	
KUMPPANIMÄÄRÄ: Kuinka monen henkilön kanssa sinulla on ollut seksiä viimeksi kuluneen vuoden aikana? <i>Vain yhden / 1-10 / yli 10 / Ei halua kertoa</i>		EHKÄISY: Tarvitsetko ehkäisyä raskauden tai seksiteitse tarttuvien tautien ehkäisemiseksi? <i>Ei tarvetta eikä käyttöä / Tarvitsee, mutta ei käytössä / Käyttää ehkäisyä / Ei halua kertoa</i>	
YMPÄRILEIKKAUS: Joissakin maissa tehdään tytöille/pojille ympärileikkauksia, joilla voi olla vaikutuksia terveyteen. Onko sinulle tehty ympärileikkaus? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	VANHEMMAN YMPÄRILEIKKAUS (KYSYMYS HUOLTAJALLE): Onko lapsen tai nuoren äidille/isälle tehty ympärileikkaus? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	YMPÄRILEIKKAUSAIKOMUS (KYSYMYS HUOLTAJALLE): Oletko ajatellut ympärileikkauttaa lapsesi? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	
Muut esitiedot			

RISKITIEDOT (esim. lääkeaineallergiat)

NYKYTILA(STATUS)		
IHO: Onko ihon tutkimuksessa havaittavissa poikkeavaa? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa.</i>	SUUN TUTKIMUS: Onko suun tutkimuksessa havaittavissa poikkeavaa? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	Muut huomiot nykytilasta

FYSIOLOGISET MITTAUKSET		
VERENPAINEN JA SYKE:		KEHON LÄMPÖTILA:
PAINO, kg: <i>Onko painossasi tapahtunut muutosta viimeisen vuoden aikana?</i>	PITUUS, cm:	BMI:

ROKOTUKSET
AIKAISEMMAT ROKOTUKSET: Mitä rokotteita olet saanut/lapsi on saanut ennen Suomeen tuloa? <i>Ei mitään rokotteita / Joitain rokotuksia / Kaikki lähtömaan rokotukset</i>
ROKOTUSTIEDOT: Kirjataan annetut rokotteet

SUUNNITELMA	
JATKOSUUNNITELMA:	
JATKOHOITO JA LISÄTUTKIMUKSET: <i>Keuhkokuva / Seulontaverikokeet / Lääkärin alkuterveystarkastus / VOK-hoitaja / Lääkäri / Hammaslääkäri / Neuvola / Koulu- tai opiskeluterveydenhuolto / Sosiaalityöntekijä / Muu lähete tai ajanvaraus</i>	
OHJAUS: <i>Terveyspalvelut / Omahoitolääkkeet / Mielenterveys / SELI-terveys / Ravitsemus / Suun terveys / Muu ohjaus</i>	
LUOVUTUSSUOSTUMUS: <i>Annettu suostumus / Rajoitettu suostumus / Ei suostumusta</i>	HANKINTASUOSTUMUS: <i>Annettu suostumus / Rajoitettu suostumus / Ei suostumusta</i>
ALLEKIRJOITUS:	