

Aikuisten turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastus

ESITIEDOT (ANAMNEESI)			
	SUKUNIMI JA ETUNIMI:	SYNTYMÄAIKA:	UMAREK-NUMERO:
Taustatiedot	SYNTYMÄMAA: Missä maassa olet syntynyt? <i>Kirjaa syntymämaa / Ei tietoa</i>	KOULUTUSASTE: Mikä on korkein suorittamasi koulutus tai tutkinto? <i>Ei lainkaan koulutusta TAI Esiaste / Alempi perusaste / Ylempi perusaste / Keskiaste / Alin korkea-aste / Alempi korkeakouluaste / Ylempi korkeakouluaste / Tutkijakouluaste / Koulutusaste tuntematon</i>	
	AMMATTI JA TYÖ: Millä alalla työskentelit pääasiassa ennen Suomeen tuloa? <i>Sotilaat / Johtajat / Erityisasiantuntijat / Asiantuntijat / Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät / Palvelu- ja myyntityöntekijät / Maanviljelijät, metsätyöntekijät ym. / Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät / Prosessi- ja kuljetustyöntekijät / Muut työntekijät / Tuntematon</i>	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>	
	OLESKELUALUEET: Missä maissa olet oleskellut ennen Suomeen tuloa? <i>Kirjaa maat, joissa oleskellut</i>	OLOSUHTEET: Oletko elänyt kadulla, pakolaisleirillä, vastaanottokeskuksessa tai ollut säilönnötoyksikössä tai vankilassa? <i>Ei / Kadulla / Pakolaisleirillä / Vastaanottokeskuksessa / Säilönnötoyksikössä / Vankilassa / Ei tietoa</i>	
Sairaudet	KOETTU TERVEYS: Millaiseksi koet terveytesi tällä hetkellä? <i>Erittäin hyvä / Hyvä / Tyydyttävä / Huono / Erittäin huono</i>	PITKÄAIKAISET 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 hammassärnyt, pään tai selän särnyt, 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? Vastausvaihtoehdot ovat: <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	JÄRKYTTÄVÄT KOKEMUKSET: Toisinaan ihmisille tapahtuu asioita, jotka ovat äärimmäisen järkyttäviä ja niillä voi olla myös pitkäaikaisia vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin. Kysyn teiltä seuraavaksi muutamasta tällaisesta kokemuksesta. Oletko kokenut seuraavia järkyttäviä asioita: Ollut kidutettuna? Joutunut seksuaalisen väkivallan uhriksi? Joutunut pakotetuksi, painostetuksi tai huijatuksi tekemään asioita, joita et olisi halunnut tehdä? Kokenut muita järkyttäviä kokemuksia, mitä? <i>Ei / Kidutettu / Seksuaalinen väkivalta / Pakotettu / Muu traumaattinen kokemus / Ei tietoa</i>	
	VAMMAT: Onko sinulla jokin väkivallan tai tapaturman aiheuttama vamma? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	VÄKIVALLAN UHKA: Koetko tällä hetkellä väkivallan uhkaa? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>
	MIELENTERVEYSOIREET (PROTECT-KYSELY): Seuraavaksi kysyn oireista, joita esimerkiksi edellä mainitut kokemukset voivat aiheuttaa. Vastaa kysymyksiin viimeisten viikkojen perusteella: <input type="checkbox"/> nukahtamisvaikeuksia <input type="checkbox"/> suuttumista <input type="checkbox"/> kiinnostuksen menetystä <input type="checkbox"/> painajaisia <input type="checkbox"/> tuskallinen muistaminen <input type="checkbox"/> keskittymisvaikeuksia <input type="checkbox"/> päänsärkyä <input type="checkbox"/> pelokkuutta <input type="checkbox"/> muita fyysisiä kipuja <input type="checkbox"/> unohtelua Protect-pistemäärä: ____/ 10	
	ITSETUHOISUUS: Onko sinulla viimeisten viikkojen aikana ollut ajatuksia siitä, että haluaisit vahingoittaa itseäsi? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	

Terveystottumukset	TUPAKKATUOTE: Tupakoitko tai käytkö muita nikotiini-tuotteita kuten sähkötupakkaa tai shishaa tai oletko tupakoinut aiemmin ja lopettanut käytön? <i>Tupakka / Nuuska / Sähkösavuke / Muu</i>	TUPAKKATUOTTEEN KÄYTTÖ: Kuinka usein? <i>Päivittäin / Satunnaisesti / Ei koskaan / Lopettanut</i>	
	ALKOHOLIN KÄYTTÖ: Käytkö alkoholia? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>		
	AUDIT-C-TESTI: 1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ota mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä? <input type="checkbox"/> Ei koskaan (0) <input type="checkbox"/> Noin kerran kuussa tai harvemmin (1) <input type="checkbox"/> 2–4 kertaa kuussa (2) <input type="checkbox"/> 2–3 kertaa viikossa (3) <input type="checkbox"/> 4 kertaa viikossa tai useammin (4)	2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia? <input type="checkbox"/> 1–2 annosta (0) <input type="checkbox"/> 3–4 annosta (1) <input type="checkbox"/> 5–6 annosta (2) <input type="checkbox"/> 7–9 annosta (3) <input type="checkbox"/> 10 tai enemmän (4)	3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia? <input type="checkbox"/> En koskaan (0) <input type="checkbox"/> Harvemmin kuin kerran kuussa (1) <input type="checkbox"/> Kerran kuussa (2) <input type="checkbox"/> Kerran viikossa (3) <input type="checkbox"/> Päivittäin tai lähes päivittäin (4) Pistemäärä: ____/ 16
	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 / Cannabis / Muut / Ei tietoa</i>		

Seksuaali- ja lisääntymisterveys	KUUKAUTISIIN LIITTYVÄT ONGELMAT: Onko sinulla ongelmia kuukautisiin liittyen? <i>Ei mitään / Haittaavaa kipua kuukautisten aikana / Runsaat kuukautiset / Epäsäännölliset kuukautiset / Muita vaivoja, mitä?</i>			
	RASKAUS: Oletko raskaana? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i>	VIIMEISET KUUKAUTISET: Koska sinulla oli viimeiset kuukautiset?	RASKAUKSIEN LUKUMÄÄRÄ: Oletko koskaan ollut raskaana? Jos kyllä, kuinka monta kertaa?	SYNNYTYSTEN LUKUMÄÄRÄ: Oletko synnyttänyt? Jos kyllä, kuinka monta kertaa?
	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.			
	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>		

<p>EHKÄISY: Tarvitsetko ehkäisyä raskauden tai seksiteitse tarttuvien tautien ehkäisemiseksi? <i>Ei tarvetta eikä käyttöä / Tarvitsee, mutta ei käytössä / Käyttää ehkäisyä / Ei halua kertoa</i></p>
<p>YMPÄRILEIKKAUS: Joissakin maissa tehdään tytöille/pojille ympärileikkauksia, joilla voi olla vaikutuksia terveyteen. Onko sinulle tehty ympärileikkaus? <i>Kyllä / Ei / Ei tietoa</i></p>

<p>MUUT ESITIEDOT</p>

<p>RISKITIEDOT (esim. lääkeaineallergiat)</p>

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

<p>MUUT HUOMIOT NYKYTILASTA</p>

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

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

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