**ESITIETOLOMAKE PELASTUSALAN KOULUTUKSEN TERVEYSTARKASTUKSEEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sukunimi:** | **Etunimet:** | **Henkilötunnus:** |
| **Lähiosoite:** | **Postinumero:** | **Kotikunta:** |
| **Koulutus:** | **Ammatti:** |
| **Nykyinen työtehtävä ja työnantaja:** |

***Aiempi terveystarkastus tehty:*** [ ] Ei [ ] Kyllä, vuosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ missä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Sairauspoissaolopäivät työstä tai opiskelusta edeltävän 12 kuukauden aikana:***

[ ] 0–10 päivää [ ]  11–30 päivää [ ]  yli 30 päivää

***Varusmiespalvelus suoritettu:***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, vuosi: \_\_\_\_\_\_ Palveluskelpoisuusluokka: \_\_\_\_\_ Tehtävä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Oma arvio terveydentilasta:***

[ ] Hyvä [ ]  Kohtalainen [ ]  Huono

***Vakituinen lääkitys:***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Tupakointi:***

[ ] Ei [ ]  Kyllä \_\_\_\_\_\_\_savuketta päivässä [ ]  Lopettanut, vuosi? ­­\_\_\_\_\_\_\_\_

***Alkoholin käyttö:***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, alkoholin käytön määrä ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ annosta/viikko

***Huumausaineiden tai huumaaviin tarkoituksiin käytettävien lääkkeiden käyttö:***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä

[ ]  Olen ollut hoidossa alkoholin TAI huumaavien aineiden käytön vuoksi

***Käytätkö silmälaseja tai piilolinssejä:*** [ ]  Ei [ ]  Kyllä

***Harrastatko liikuntaa:***

[ ]  Ei lainkaan [ ]  Keskimäärin 1–2 krt/vko

[ ]  Satunnaisesti [ ]  Keskimäärin 3–4 krt/vko

[ ]  Yli 4 krt/vko

Mitä liikuntaa tai lajeja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Onko sinulla koskaan esiintynyt seuraavia lääkärin toteamia tai tiedossasi olevia sairauksia tai oireita? (Vastaa kyllä, vaikka sairaus olisi todettu lapsuudessa tai kauan aikaa sitten)***

*(jatkuu seuraavalla sivulla)****:***

**Hengenahdistusta**[ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hengityksen vinkumista**[ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pitkittynyttä tai toistuvaa yskää**[ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rintakipuja**[ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Astma** [ ]  Ei [ ]  Kyllä [ ]  Vain lapsena, ikävuosina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ilmarinta** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ihosairaus tai ihottuma** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergia** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mille: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kohonnut verenpaine** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sydänsairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rytmihäiriöt** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Reumasairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nivelrikko** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Selkä- tai niskasairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(esim. välilevytyrä, skolioosi)*

**Tulehduksellinen suolistosairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(esim. Crohnin tauti, haavainen paksusuolentulehdus)*

**Pitkäaikainen unettomuus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ahdistuneisuus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Masennus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Muu psyykkinen sairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Silmäsairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Värinäön häiriö** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Korvasairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diabetes** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kilpirauhasen sairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(jatkoa edelliseltä sivulta)*

**Verisairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kasvain tai syöpäsairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Huimaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pyörtyminen** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vapina** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Migreeni, tai muu toistuva päänsärky** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Epilepsia** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aivoverenkiertohäiriö** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aivovamma** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uniapnea** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Narkolepsia** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Muu neurologinen sairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä ja milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(esim. MS-tauti, aivovaltimon aneurysma)*

**Muu sairaus tai häiriö** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä ja milloin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Oletko ollut leikkaustoimenpiteissä*** *(esim. tapaturman vuoksi)*

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, mitä operoitu ja milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Oletko koskaan käyttänyt hengitettäviä lääkkeitä*** *(ns. astmapiippuja)?*

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, mitä lääkkeitä ja milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Onko sinulle tehty joskus keuhkojen puhalluskokeita esim. PEF-seurantaa tai spirometriaa?***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, missä tutkimukset on tehty ja milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **Vakuutan ilmoittaneeni kaikki sairauteni ja muut kysytyt tiedot totuudenmukaisesti.**

**Päivämäärä ja paikka: Allekirjoitus:**

***Tulosta ja toimita esitietolomake täytettynä terveystarkastuksen tekevälle lääkärille. Esitietolomaketta ei toimiteta esim. Pelastusopistolle tai työpaikalle.***