**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.***