



## Sairaudet ja lääkitys

Onko Sinulla tai lapsen isällä ollut aiemmin tai onko nyt seuraavia sairauksia? Laita x ruutuun Ä (=äiti), I (=isä)

Sairaus	Ä	I	Sairaus	Ä	I
Diabetes			Muu neurologinen sairaus		
Verenpainetauti			Muutoksia mielenterveydessä tai psyykkinen sairaus		
Allergia			Synnyttäminen epämuodostuma		
Munuaissairaus			Vammaisuus		
Maksasairaus			Herpes		
Sydänsairaus			Sukuelinherpes		
Keuhkosairaus / astma			Muu sairaus		
Epilepsia					

**Seuraavat sairaudet koskevat vain syntyvän lapsen äitiä.** X ruutuun kyllä, jos sinulla on ollut tai on kysytty sairaus

Sairaus	Ei	Kyllä	Sairaus	Ei	Kyllä
Virtsatieinfektio			Oletko saanut ulkomailla sairaanhoitoa viimeisen 6 kk:n aikana		
Kilpirauhassairaus			Kasvaimet		
Reuma			Hormonihoidot		
Sairastettu vesirokko			Lapsettomuushoidot		
Sairastettu parvorokko			Sukupuoliteitse tarttuvat taudit		
MPR-rokote x 2 (tuhkarokko, vihurirokko, sikotauti)			Gynekologiset leikkaukset ja / tai tulehdukset		
Verisuonitukokset			Muut leikkaukset		
Todettu laskimotukostaipumus			Oma aikaisempi keltaisuuden takia sinivalohoitoa saanut lapsi		
Oletko saanut verensiirtoja			Lääkeaineallergia		

Mikä lääkeaineallergia? \_\_\_\_\_  
Säännöllinen lääkitys \_\_\_\_\_

## Lähisuvun sairaudet (= Sinun vanhempasi ja sisaruksesi)

Sairaus	Ei	Kyllä	Sairaus	Ei	Kyllä
Kilpirauhassairaus			Synnyttäminen epämuodostuma		
Laskimotukos alle 45-vuotiaana			Fragile X oireyhtymä		
Familiaarinen hyperkolesterolemia			Tyypin 2 diabetes		
Raskausmyrkytys			Jokin muu sairaus		
Kehitysvammaisuus			Periytyvä sairaus lapsen isän suvussa		

## Terveystottumukset ja elintavat

Ruokavalio: \_\_\_normaali/ \_\_\_erityisruokavalio, mikä \_\_\_\_\_  
Mitä liikunnallisia harrastuksia sinulla on hyötyliikunta mukaan lukien? \_\_\_\_\_

Kuinka usein keskimäärin viikon aikana harrastat kuntoliikuntaa vähintään ½ tuntia kerrallaan siten, että hengästyt tai hikoilet? \_\_\_\_\_ kertaa viikossa  
Viimeisin suun terveydenhuollon tarkastus? \_\_\_\_\_

Kuinka tyytyväinen olet	Tyytyväinen	Melko tyytyväinen	Tyytymätön
elintapoihisi			
fyysiseen kuntoosi			
ihmisuhteisiisi			
perhe-elämäsi			
mielialaasi			
taloudelliseen tilanteeseesi			
asumiseesi			
arkielämäsi			

## Päihteiden käyttö

Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? \_\_\_ei / \_\_\_ kyllä, \_\_\_savuketta/\_\_\_ annosta nuuskaa päivässä.

Kuinka monta vuotta olet tupakoinut/käyttänyt nuuskaa?\_\_\_

Alkoholin käyttö ennen raskautta? \_\_\_ei / \_\_\_ kyllä. Montako annosta viikossa käytit? \_\_\_\_\_

Huumeiden käyttö ennen raskautta? \_\_\_ei / \_\_\_ kyllä, \_\_\_ olen kokeillut,

Mitä?\_\_\_\_\_. \_\_\_ olen lopettanut

Lääkkeiden käyttö muuhun kuin sairauden hoitoon?\_\_\_ei / \_\_\_ kyllä

Mitä?\_\_\_\_\_. \_\_\_ olen lopettanut

Oletko huolissasi omasta tai läheistesi päihteiden käytöstä? \_\_\_ei / \_\_\_ kyllä, kenen ? \_\_\_\_\_

Onko sinuun kohdistunut lähisuhteissasi jossakin elämänvaiheessa fyysistä, henkistä, taloudellista tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoin kohtelua?\_\_\_ ei / \_\_\_ kyllä

Vaikuttaako kokemasi väkivalta edelleen hyvinvointiisi tai elämänhallintaasi? \_\_\_ ei / \_\_\_ kyllä

Onko lähisuhteissasi tällä hetkellä fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoin kohtelua?\_\_\_ei / \_\_\_ kyllä

**Sinulla on mahdollisuus osallistua raskauden ajan sikiöseulontatutkimuksiin, jotka ovat vapaaehtoisia.**

**Tarkempaa tietoa niistä löydät <http://stm.fi/seulonnat/sikioseulonnat> Käy tutustumassa tiedotteeseen ennen ensimmäistä neuvolakäyntiäsi. Tervetuloa neuvolaan ☺**