

Sairaudet ja lääkitykset

Onko sinulla tai lapsen isällä ollut aiemmin tai onko nyt seuraavia sairauksia (Ä=äiti, I=isä)

Sairaus	Ä	I	Sairaus	Ä	I
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu neurologinen sairaus/migreeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpainetauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muutoksia mielenterveydessä tai psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Synnyttäminen epämuodostuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vammaisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydänsairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sukuelinherpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kehkosairaus/astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu sairaus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Seuraavat sairaudet koskevat vain syntyvän lapsen äitiä:

Sairaus	Ei	Kyllä	Sairaus	Ei	Kyllä
Virtsatieinfektio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oletko saanut ulkomailla sairaalahoitoa viimeisen kuuden (6) kuukauden aikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilpirauhassairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kasvaimet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormonihoidot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sairastettu vesirokko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sukupuoliteitse tarttuvat taudit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sairastettu parvorokko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gynekologiset leikkaukset/tulehdukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MPR-rokote x2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muut leikkaukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verisuonitukokset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oma aikaisempi lapsi saanut sinivalohoitoa keltaisuuden vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todettu laskimotukostaipumus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aikaisemmat anti-D -suojaukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko saanut verensiirtoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lääkeaineallergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mikä lääkeaineallergia:	
Säännöllinen lääkitys:	
Lisätietoja sairauksista:	
Lähisuvun sairaudet:	

Terveystottumukset ja elintavat

Ruokavalio:	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> erityisruokavalio, mikä:
Millaisia liikunnallisia harrastuksia sinulla on hyötyliikunta mukaan lukien:		
Kuinka usein keskimäärin harrastat kuntoliikuntaa vähintään ½ tuntia kerrallaan siten, että hengästyit tai hikoilet:		kertaa viikossa
Viimeisin suun terveydenhuollon tarkastus:		

Päihteet

Tupakointi/nuuskan käyttö

Äiti:	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä:	savuketta/annosta nuuskaa päivässä
Kuinka monta vuotta olet tupakoinut/käyttänyt nuuskaa:			
Lopettanut raskausviikolla:			

Isä:	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä:	savuketta/annosta nuuskaa päivässä
Kuinka monta vuotta olet tupakoinut/käyttänyt nuuskaa:			
Lopettanut, milloin:			

Täytä tarvittaessa [nikotiiniiriippuvuustesti](http://www.paihdelinkki.fi) (linkki sivustoon www.paihdelinkki.fi).

Alkoholin käyttö

Alkoholin käyttö ennen raskautta

Äiti:	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä
Isä:	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä

Molemmat vanhemmat täyttävät [Audit-kyselyn](http://www.paihdelinkki.fi) (linkki sivustoon www.paihdelinkki.fi).

Paihdelinkin Audit-kyselyn pistemäärät:	Äiti:	Isä:
---	-------	------

Huumeet

Huumeiden käyttö ennen raskautta

Äiti:	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä
Isä:	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä

Täytä tarvittaessa sivuston [huumeidenkäyttötesti](http://www.paihdelinkki.fi) (linkki sivustoon www.paihdelinkki.fi).

Huumeidenkäyttötestin pisteet:	Äiti:	Isä:
--------------------------------	-------	------

Lisätietoja päihteiden käytöstä:

Testit eivät ole diagnostivälineitä, vaan ne on tarkoitettu tilanteen kartoittamiseen ja keskustelun tueksi.