

## Esitietolomake

Pyydämme teitä täyttämään tämän esitietolomakkeen ennen vastaanottokäyntiänne Docrates Sairaalassa. Lomakkeella kartoitettavilla terveyteenne ja sairauksiinne liittyvillä tiedoilla voi olla merkitystä syövän riskitekijöiden arvioinnissa sekä hoitonne suunnittelussa ja toteutuksessa.

<b>Nimi</b>		
<b>Henkilötunnus</b>		
<b>Katuosoite</b>		
<b>Postinumero</b>		<b>Postitoimipaikka</b>
<b>Puhelin (koti)</b>		<b>Matkapuhelin</b>
<b>Sähköpostiosoite</b>		
<b>Lähiomaisen nimi</b>		
<b>Lähiomaisen puhelin</b>		<b>Lähiomaisen s-postiosoite</b>

Tupakointiin liittyviä tietoja tarvitaan mm. siksi, että tupakointi voi vaikuttaa syöpälääkkeiden aineenvaihduntaan ja pitoisuuteen, ja siten myös hoitovasteeseen joidenkin lääkkeiden osalta		
<b>Tupakoitko?</b>	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Määrä (esim. askia / vrk)?
Minä vuonna tai minkä ikäisenä aloititte?	Minä vuonna tai minkä ikäisenä lopetit?	
<b>Alkoholin käyttö</b>	<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> keskimäärin ____ annosta viikossa	
<b>Rokotukset</b> (erityisesti puutteet / poikkeamat kansallisesta rokotusohjelmasta)		
Minä vuonna olette saanut jäykkäkouristus-(tetanus-) tehosterokotuksen?		
<b>Syöpäsairaudet lähisuvussa</b> (lapset, sisarukset, vanhemmat, isovanhemmat)	<b>Lähisukulaisen syöpätyyppi ja sairastumisikä</b>	
<b>Käytössä olevat lääkkeet ja niiden annokset</b> (jatka tarvittaessa kääntöpuolelle)	<b>Lääkkeen nimi ja vahvuus</b>	<b>Annos ja aloitusvuosi</b>
<b>Allergiat</b> (erityisesti lääkeaineallergiat)		
<b>Käytössä olevat vitamiinit, hivenaineet ja luontaisvalmisteet</b>		
<b>Naiset:</b> kuukautiskierron alkaminen ja päättyminen, raskauksien lukumäärä ja synnytyksivuodet		
E-pillereiden ja/tai hormonilääkitysten käyttö	<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> E-pillerit (vuotta): _____	
Hormonikorvaushoito	<input type="checkbox"/> tällä hetkellä <input type="checkbox"/> Käytössä vuosina: _____	

Pituus	Paino
--------	-------

**Onko teillä tällä hetkellä tai aikaisemmin ollut seuraavia sairauksia? (rastita ja tarkenna sairaus)**

- halvaus, mikä \_\_\_\_\_
- hermoston sairaus, mikä \_\_\_\_\_
- ihosairaus, mikä \_\_\_\_\_
- keuhkosairaus, mikä \_\_\_\_\_
- kilpirauhassairaus, mikä \_\_\_\_\_
- korvasairaus tai kuulon aleneminen, mikä \_\_\_\_\_
- laskimoveritulppa, keuhkoveritulppa
- maha- tai suolistosairaus, mikä \_\_\_\_\_
- maksa- ja haimasairaus, mikä \_\_\_\_\_
- munuaissairaus, mikä \_\_\_\_\_
- neurologinen sairaus, mikä \_\_\_\_\_
- nivelreuma tai muu reumasairaus, mikä \_\_\_\_\_
- pahanlaatuisen kasvain, syöpä, mikä \_\_\_\_\_
- mielenterveyden häiriö tai sairaus, mikä \_\_\_\_\_
- silmäsairaus, mikä \_\_\_\_\_
- sokeritauti
- sydänsairaus, mikä \_\_\_\_\_
- tuki- ja liikuntaelinten sairaus, mikä \_\_\_\_\_
- usein toistuva päänsärky tai migreeni
- verenpainetauti
- verenvuototaipumus
- virtsaelinten sairaus, mikä \_\_\_\_\_
- muu sairaus, mikä \_\_\_\_\_

**Valitkaa oikea vaihtoehto teitä koskeviin kysymyksiin (rastita ja tarkenna)**

- Ei      Kyllä
- Onko teillä/oletteko sairastanut tarttuvaa veritautia tai muita tarttuvia tauteja (HIV, hepatiitti, MRSA)?  
Mitä? \_\_\_\_\_
  - Oletteko ollut julkisen sektorin sairaalassa Suomessa tai sairaalassa ulkomailla 6 kk:n sisällä?
  - Oletteko tai oletteko ollut töissä sairaalassa? Missä ja milloin? \_\_\_\_\_
  - Onko teiltä otettu MRSA näyte? Missä ja milloin? \_\_\_\_\_

**Allekirjoitus**

Helsinki \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

Allekirjoitus (alle 18-vuotiaalta huoltajan allekirjoitus)

Nimenselvennys