DOCRATES SYÖPÄSAIRAALA

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.

Nimi		
Henkilötunnus		
Katuosoite		
Postinumero		**Postitoimipaikka**
Puhelin (koti)		**Matkapuhelin**
Sähköpostiosoite		
Lähiomaisen nimi		
Lähiomaisen puhelin		**Lähiomaisen s-postiosoite**

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

Docrates Syöpäsairaala • Saukonpaadenranta 2, 00180 Helsinki • Puhelin 010 773 2000 • Fax 010 773 2099
sairaala@docrates.com • www.docrates.com • Y-tunnus 2050681-8

(JATKOA ENSIMMÄISELTÄ SIVULTA)

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_____
- ☐ pahanlaatuinen 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