

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		
Ammatti		
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		
Tupakoittekko?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Määrä (esim. askia / vrk)?
Minä vuonna tai minkä ikäisenä aloititte?	Minä vuonna tai minkä ikäisenä lopetit?	
Alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> keskimäärin ____ annosta viikossa	
Rokotukset (erityisesti puutteet / poikkeamat kansallisesta rokotusohjelmasta)		
Minä vuonna olette saanut jäykkäkouristus-(tetus-) 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	<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> E-pillerit (vuotta): _____	

(JATKOA ENSIMMÄISELTÄ SIVULTA)

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 _____
- 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)

- | | |
|--|--|
| <p>Ei Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Onko teillä/oletteko sairastanut tarttuvaa veritautia tai muita tarttuvia tauteja (HIV, hepatiitti, MRSA)?
Mitä? _____</p> <p>Oletteko ollut julkisen sektorin sairaalassa Suomessa tai sairaalassa ulkomailla 6 kk:n sisällä?</p> <p>Oletteko tai oletteko ollut töissä sairaalassa? Missä ja milloin? _____</p> <p>Onko teiltä otettu MRSA näyte? Missä ja milloin? _____</p> |
|--|--|

Allekirjoitus

Paikka ja aika: _____ / _____ / 20_____

Allekirjoitus (alle 18-vuotiaalta huoltajan allekirjoitus)

Nimenselvennys