

Päivämäärä	Nimi		Sukupuoli
Henkilötunnus	Urheilulaji	Ammatti / Opiskelen	
Osoite	Sähköpostiosoite		Puhelinnumero
Omalääkäri	Toimipiste		
Valmentaja	Lähiomainen (+ puhelinnumero)		

Vastaa seuraaviin kysymyksiin rastittamalla kyllä tai ei.

Mikäli vastasit kyllä, selvitä vastauksesi kohtaan ”tarkempi selvitys” ja mainitse kysymyksen numero ensin.

	Kyllä	Ei
1. Onko lääkärisi koskaan estänyt sinua osallistumasta harjoitukseen / kilpailuun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko sinulla kroonisia sairauksia, kesto yli 1 v (esim. astma, diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä? Jos kyllä, täytä tiedot s. 3 taulukkoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko jollain lääkkeellä Antidopinglautakunnan erivapaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Onko sinulla esiintynyt ruoka- tai lääkeaineallergiaa? Miten se on todettu? (Jos kyllä, kirjoita selvitys lomakkeen loppuun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko sinulla esiintynyt muita allergioita (esim. pölyt, eläimet)? Miten ne on todettu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oletko tuntenut puristusta tai kipua rintakehällä harjoituksen tai kilpailun aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen) harjoituksen tai kilpailun aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan		
a. korkeaa verenpainetta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. poikkeavia sydänääniä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. poikkeavaa sydänfilmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. poikkeavia veriarvoja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko lähisukulaisillasi todettu sydämen- tai verenkiertoelinten sairauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Onko suvussasi alle 50v. todettuja sydänperäisiä äkkikuolemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Onko sinulle tehty leikkauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Onko sinulla esiintynyt toistuvia selkäkipuja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Onko sinulla ollut luunmurtumia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Onko sinulla ollut luun rasitusperäisiä vammoja (esim. rasitusmurtuma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Onko sinulla rasituksessa ilmenevää poikkeavaa hengenahdistusta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Onko suvussasi tiedossa astmaa tai allergioita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Oletko koskaan joutunut käyttämään astmalääkitystä? Jos olet, lisää nimet ja käyttöajat s. 3 taulukkoon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Onko sinulla ihottumataipumusta (esim. atopiata, hikirauhasen tulehduksia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli 3 kertaa vuodessa) infektioita (esim. flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus, korvatulehdus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Oletko koskaan menettänyt tajuntaasi tai saanut aivotärähdyksiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus-/ kouristuskohtauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Onko suvussasi tiedossa keskushermoston (neurologisia) sairauksia (MS-tauti, Parkinson, epilepsia, aivohalvaus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Onko sinulla toistuvia mahakipuja tai -sairauksia (esim. ripulia, pahoinvointia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

				Kyllä	Ei	
26. Onko sinulla esiintynyt virtsaelinten sairauksia (esim. virtsatietulehdus, verivirtsaisuus)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi?	Paino	kg	Pituus	cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Koetko, että sinun pitäisi				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. laihtua?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. saada lisää massaa?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. noudattaa jotain erityisdieettiä?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. käyttää lisäravinteita?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Onko sinulla ollut nukahtamisvaikeuksia tai unihäiriöitä?						
30. Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat?						
31. Kuukautiskiertoni on säännölliset ja sen kesto on noin		päivää				
Kuukautisesi ovat epäsäännölliset ja tulevat noin		kertaa vuodessa				
Kuukautisesi eivät ole vielä alkaneet						
Kuukautisesi ovat olleet poissa		kk				
32. Käytätkö lääkinnällistä ehkäisyä (esim. e-pilleri, kierukka)? Jos kyllä, lisää nimet ja käyttöajat s. 3 taulukkoon.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Milloin olet viimeksi saanut						
a. jäykkäkouristusrokotuksen (tetanus)?						
b. Hepatiitti-A tai -B-rokotuksen?						
c. muut suomalaisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset (esim. polio)?						
34. Onko harjoitusohjelmaasi tehty merkittäviä muutoksia viimeisen kauden aikana / lähiaikoina?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Onko jotain, mitä edellä ei tullut esille?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tarkempi selvitys (mainitse kysymyksen tai selvitetävän kohdan numero):

Resepti- ja muu lääkitys, vitamiinit ja lisäravinteet. Jatka tarvittaessa erilliselle paperille.

Valmisteen nimi	Vahvuus ja annostus	Aloitusaikakohta	Lopetusajankohta / jatkuu	Käyttösy	Lisätietoja

Terveystarkastus luovuttaminen:

Terveystarkastustietoni saa tallennetaa lääkäriaseman potilasrekisteriin:

kyllä ei

Annan suostumukseni tarkastustietojeni luovuttamiseen hoitosuhteeni niin edellyttäessä lääkäriaseman organisaatiossa toimivien hoitooni osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä:

kyllä ei

Paikka Päivämäärä / .

Allekirjoitus ja nimenselvennys (alaikäiseltä huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys)