



Perustiedot

Sukunimi		Etunimi	
Henkilötunnus		Väliaikainen henkilötunnus	
Katuosoite			
Postinumero	Kotipaikkakunta		Asuinkunta
Sähköpostiosoite		Puhelinnumero	
Äidinkieli			
Asiointikieli <input type="checkbox"/> suomi <input type="checkbox"/> ruotsi <input type="checkbox"/> englanti <input type="checkbox"/> saamen kieli, mikä? _____ <input type="checkbox"/> muu, mikä (tulkkaustarve)? _____			
Siviilisäätö <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> rekisteröidyssä parisuhteessa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut rekisteröidystä parisuhteesta <input type="checkbox"/> asumuserossa <input type="checkbox"/> leski rekisteröidyn parisuhteen jälkeen <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> tuntematon			
Kansalaisuus		Maahantulovuosi	
Ammatti			
Työssäkäynti <input type="checkbox"/> koko-aikatyötä tekevä <input type="checkbox"/> pitkäaikaistyötön <input type="checkbox"/> osa-aikatyötä tekevä <input type="checkbox"/> opiskelija <input type="checkbox"/> keikkatyötä tekevä <input type="checkbox"/> perhevapaalla oleva tai omaa kotitalouttaan hoitava <input type="checkbox"/> yrittäjä <input type="checkbox"/> jokin muu <input type="checkbox"/> työtön työnhakija _____			
Keitä perheeseesi kuuluu? (puoliso, lapset, muu)			
Yhteyshenkilön nimi ja suhteesi yhteyshenkilöön			
Puolison/yhteyshenkilön puhelinnumero		Puolison/yhteyshenkilön äidinkieli:	
Puolison/yhteyshenkilön tulkattava kieli		Puolison ammatti/työ	
Perheeseen kuuluvat muut henkilöt			

Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset

Montako raskautta sinulla on ollut (lukumäärä)?	Viimeisimmän raskauden kesto raskausviikkoina
Montako synnytystä sinulla on ollut (lukumäärä)?	Viimeisimmän synnytyksen vuosiluku?
Millainen oli aiempi synnytyksesi?	
Viimeisimmästä raskaudesta syntyneiden lasten lukumäärä	Lapsen/lasten syntymäpaino grammoina
Edellinen imetys <input type="checkbox"/> täysimetys (kesto kuukausina) _____ <input type="checkbox"/> ei imetystä <input type="checkbox"/> koko imetysajan kesto kuukausina/vuosina _____	
Miten koit aiemman raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisen ajan (koitko esimerkiksi synnytyspelkoa tai synnytyksen jälkeistä masennusta)?	
Onko sinulla ollut keskenmenoja? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, vuosiluku _____	Onko sinulle tehty raskauden keskeytyksiä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, vuosiluku _____

Nykyraskaus

Viimeisten kuukautisten alkamispäivä	
Viimeisin papa-näyte (vuosi)	Aiheuttiko jatkotoimenpiteitä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> En muista
Raskautta edeltänyt ehkäisy <input type="checkbox"/> yhdistelmätabletit <input type="checkbox"/> emätinrenas <input type="checkbox"/> ehkäisyalaastari <input type="checkbox"/> progestiinitabletit <input type="checkbox"/> ehkäisykapseli <input type="checkbox"/> kohdunsisäinen hormoniehkäisin	<input type="checkbox"/> muu kohdunsisäinen ehkäisin <input type="checkbox"/> kondomi <input type="checkbox"/> sterilointi (naisen) <input type="checkbox"/> sterilointi (miehen) <input type="checkbox"/> joku muu ehkäisy <input type="checkbox"/> ei ehkäisyä
Milloin raskauden ehkäisy lopetettiin?	Oletko käyttänyt jälkiehkäisyä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
Onko käytetty hedelmöityshoitoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Mikä hedelmöityshoito? <input type="checkbox"/> munarakkulan kypsytyshoito <input type="checkbox"/> inseminaatio (siittiöiden ruiskutus kohtuun) <input type="checkbox"/> IVF (koeputkihedelmöityshoito) <input type="checkbox"/> ICSI (mikrohedelmöityshoito) <input type="checkbox"/> pakastetun alkion siirto (FET/PAS) <input type="checkbox"/> blastokystiviljely (alkioiden pitkä viljely)	<input type="checkbox"/> alkiodiagnostiikka <input type="checkbox"/> luovutettu sukusolu tai alkio <input type="checkbox"/> ei tietoa hoidon tyypistä <input type="checkbox"/> joku muu, mikä? _____
Munasolun luovuttajan ikä luovutushetkellä (vuosina)	

Omat terveystiedot

Mikä on pituutesi (cm)?	Mikä oli painosi ennen raskautta (kg)?	Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat?
-------------------------	--	---------------------------------------

Terveyteen vaikuttavat elintavat

Ravitsemus

Onko sinulla jokin erityisruokavalio?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> laktoositon tai vähälaktoosinen ruokavalio | <input type="checkbox"/> vilja-allergisen ruokavalio |
| <input type="checkbox"/> gluteeniton ruokavalio | <input type="checkbox"/> maitoallergisen ruokavalio |
| <input type="checkbox"/> kasvisruokavalio, jossa maitovalmisteita ja/tai kananmunaa | <input type="checkbox"/> muu ruoka-aineallergian ruokavalio |
| <input type="checkbox"/> kasvisruokavalio, jossa kalaa | <input type="checkbox"/> muu erityisruokavalio |
| <input type="checkbox"/> vegaaniruokavalio | |

Maitovalmisteiden tai vastaavien täydennettyjen kasvipohjaisten (esimerkiksi soija tai kaura) valmisteiden käyttö ja käyttömäärät/päivä

Kuinka monta ateriaa syöt päivittäin (lukumäärä)?

Kuinka monta kertaa päivässä syöt kasviksia (ei perunaa), hedelmiä ja marjoja?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En syö joka päivä | <input type="checkbox"/> 3–4 kertaa päivässä |
| <input type="checkbox"/> 1–2 kertaa päivässä | <input type="checkbox"/> 5 kertaa päivässä tai enemmän |

Kuinka monta kertaa viikossa syöt kalaruokia?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> en syö joka viikko | <input type="checkbox"/> vähintään 2 kertaa viikossa |
| <input type="checkbox"/> kerran viikossa | |

Kuinka usein käytät mehuja, virvoitus- tai energiajuomia sekä kahvia tai kofeiinipitoista teetä?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3 kertaa tai useammin päivän aikana | <input type="checkbox"/> harvemmin kuin päivittäin |
| <input type="checkbox"/> 1–2 kertaa päivässä | <input type="checkbox"/> en käytä ollenkaan |

Ravintolisät

	Kyllä	En
Käytitkö foolihappolisävalmistetta säännöllisesti ennen raskautta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytitkö foolihappoa sisältäviä valmisteita raskauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytitkö D-vitamiinia sisältäviä valmisteita raskauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytitkö kalsiumia sisältäviä valmisteita raskauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytitkö B12-vitamiinia sisältäviä valmisteita raskauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytitkö monivitamiinilisiä raskauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytitkö luontaistuotteita raskauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liikunta

Kuinka monta tuntia viikossa harrastat reipasta liikuntaa (tunteina)?

Liikunnan harrastaminen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kilpaurheilu | <input type="checkbox"/> arkiliikkuja |
| <input type="checkbox"/> tavoitteellinen harrastaja | <input type="checkbox"/> en harrasta liikuntaa |
| <input type="checkbox"/> harrastaja | |

Uni/lepo

Kuinka monta tuntia nukut vuorokaudessa?	Koetko saavasi riittävästi unta ja lepoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
--	---

Päihteiden käyttö

Tupakointi	
<input type="checkbox"/> en ole koskaan tupakoinut tai käyttänyt sähkö tupakkaa	
<input type="checkbox"/> olen tupakoinut tai käyttänyt sähkö tupakkaa ja lopettanut ennen raskautta	
<input type="checkbox"/> olen tupakoinut tai käyttänyt sähkö tupakkaa ja lopettanut raskauden aikana	
<input type="checkbox"/> tupakoin tai käytän sähkö tupakkaa raskauden aikana	
Kuinka monta savuketta poltat päivittäin (kappaletta/päivä)?	Altistutko tupakansavulle <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
Käytätkö nikotiini tuotteita	
<input type="checkbox"/> en ole koskaan käyttänyt	
<input type="checkbox"/> olen käyttänyt ja lopettanut ennen raskautta	
<input type="checkbox"/> olen käyttänyt ja lopettanut raskauden aikana	
<input type="checkbox"/> tupakoin tai käytän sähkö tupakkaa raskauden aikana	
Kuinka usein käytät alkoholia? Kuvaa alkoholin käyttöäsi raskautta edeltäneen vuoden aikana.	Oletko raskausaikana käyttänyt tai käytätkö alkoholia?
<input type="checkbox"/> ei koskaan	<input type="checkbox"/> en
<input type="checkbox"/> noin kerran kuukaudessa tai harvemmin	<input type="checkbox"/> kyllä, mutta olen jo lopettanut
<input type="checkbox"/> 2-4 kertaa kuukaudessa	<input type="checkbox"/> kyllä
<input type="checkbox"/> 2-3 kertaa viikossa	
<input type="checkbox"/> 4 kertaa viikossa tai useammin	
Oletko käyttänyt tai oletko kokeillut huumaus- tai lääkeaineita päihdetarkoituksessa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	
Oletko raskausaikana käyttänyt tai käytätkö huumaus- tai lääkeaineita päihdetarkoituksessa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mutta olen jo lopettanut <input type="checkbox"/> kyllä ja käytän edelleen	

Suun terveydenhuolto

Kuinka monta kertaa päivässä harjaat hampaasi?		
<input type="checkbox"/> 2 kertaa tai enemmän	<input type="checkbox"/> kerran päivässä	<input type="checkbox"/> harvemmin kuin kerran päivässä
Käytätkö hampaiden harjaamisen yhteydessä fluorihammastahnaa?		Milloin kävit viimeksi hammaslääkärin tai suuhygienistin suorittamassa tarkastuksessa? (merkitse vastaukseksi vuosiluku)
<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> En	

Sairaudet ja lääkitys

Onko sinulla todettu jokin seuraavista sairauksista tai riskeistä? (voit valita useamman vaihtoehdon)	
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> veritulppa (tromboembolia)
<input type="checkbox"/> sydänvika tai -sairaus	<input type="checkbox"/> veren hyytymishäiriö (trombofilia)
<input type="checkbox"/> verenpainetauti	<input type="checkbox"/> kilpirauhasen toimintahäiriö
<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> allergiat (ml. lääkeaineallergiat)
<input type="checkbox"/> epilepsia	<input type="checkbox"/> synnynnäinen epämuodostuma
<input type="checkbox"/> munuaistauti	<input type="checkbox"/> työperäiset riskit
<input type="checkbox"/> maksasairaus	<input type="checkbox"/> jokin muu, mikä?
<input type="checkbox"/> suolistosairaus	

Onko sinulle tehty jokin seuraavista toimenpiteistä?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vatsan alueen leikkaus | <input type="checkbox"/> ympärileikkaus |
| <input type="checkbox"/> keisarileikkaus | <input type="checkbox"/> ympärileikkauksen avaus |
| <input type="checkbox"/> muu kohtuun kohdistunut leikkaus | <input type="checkbox"/> verensiirto |
| <input type="checkbox"/> kohdun kaulaan kohdistunut leikkaus | <input type="checkbox"/> toimenpide, leikkaus, sairaalahoito ulkomailla viimeisen 12 kuukauden aikana |
| <input type="checkbox"/> lihavuuden leikkaushoito | <input type="checkbox"/> jokin muu, mikä? |
| <input type="checkbox"/> rintoihin kohdistunut leikkaus | |

Onko sinulla todettu jokin seuraavista sairauksista?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kondylooma | <input type="checkbox"/> C-hepatiitti |
| <input type="checkbox"/> tippuri | <input type="checkbox"/> B-hepatiitti |
| <input type="checkbox"/> klamydia | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> kuppa | <input type="checkbox"/> muu sairaus tai oireilu |
| <input type="checkbox"/> genitaalierpes | <input type="checkbox"/> ei mikään yllä olevista |

Oletko sairastanut vesirokon tai saanut vesirokkorokotteen?

- Kyllä Ei En tiedä

Oletko saanut tuhkarokko-vihurirokko-sikotauti-rokotteen?

- Kyllä Ei En tiedä

Ovatko muut rokotuksesi ajan tasalla?

- Kyllä Ei En tiedä

Onko sinulla todettu vammoja tai aistihäiriöitä? (esimerkiksi näkövamma, kuulovamma)

Onko sinulla esiintynyt seuraavia oireita?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ahdistus | <input type="checkbox"/> paniikkikohtaus |
| <input type="checkbox"/> masennus | <input type="checkbox"/> syömishäiriö |
| <input type="checkbox"/> jännittyneisyys | <input type="checkbox"/> muu psyykkinen oireilu tai sairaus |
| <input type="checkbox"/> pelkotilat | <input type="checkbox"/> ei mikään yllä olevista |

Onko sinulla jokin lääkärin määräämä lääkitys?

- Ei Kyllä, mikä?

Onko sinulla käytössä jokin itsehoitolääke?

- Ei Kyllä, mikä?

Perheen hyvinvointi

Mistä iloitset elämässä?

Oletko huolissasi jostakin asiasta?

Mitkä ovat perheenne vahvuudet?

Mitä ajatuksia raskaus sinussa herättää?

Mitä odotat neuvolakäynneiltä?