

ESITIETO- JA TERVEYSKYSELY



Nimi: _____ Synt.aika: _____

Testauksen turvallisuuden kartoittamiseksi pyydämme sinua täyttämään oheisen terveystestauksen.

| Oireet viimeisen 6 kk aikana: | Kyllä | Ei | En osaa sanoa |
|---|-------|----|---------------|
| 1. Onko sinulla ollut rintakipuja? | | | |
| 2. Onko sinulla ollut rasitukseen liittyvää hengenahdistusta? | | | |
| 3. Onko sinulla ollut huimausoireita liikunnan aikana tai sen jälkeen? | | | |
| 4. Oletko koskaan pyörtnyt liikunnan aikana tai sen jälkeen? | | | |
| 5. Onko sinulla ollut rytmihäiriötuntemuksia? | | | |
| 6. Onko sinulla ollut harjoittelua estäviä kipuja liikuntaelimissä? Missä? | | | |
| 7. Oletko tuntenut yliuormitus- tai stressioireita? | | | |

Todetut sairaudet: Onko sinulla tai onko sinulla ollut jokin/joitakin seuraavista? (rastita)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sepelvaltimotauti | <input type="checkbox"/> Sydäninfarkti | <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine | <input type="checkbox"/> Sydänlappäpävika |
| <input type="checkbox"/> Aivohalvaus | <input type="checkbox"/> Aivoverenkierron häiriö | <input type="checkbox"/> Sydämen rytmihäiriö | <input type="checkbox"/> Sydämentahdistin |
| <input type="checkbox"/> Sydänlihassairaus | <input type="checkbox"/> Syvä laskimotukos | <input type="checkbox"/> Muu verisuonisairaus | <input type="checkbox"/> Krooninen bronkiitti |
| <input type="checkbox"/> Keuhkolaajentuma | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Muu keuhkosairaus | <input type="checkbox"/> Allergia |
| <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen toimintahäiriö | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Korkea veren kolesteroli |
| <input type="checkbox"/> Nivelreuma | <input type="checkbox"/> Nivelrikko, -kuluma | <input type="checkbox"/> Krooninen selkäsairaus | <input type="checkbox"/> Mahahaava |
| <input type="checkbox"/> Pallea-, nivus- tai napatyrä | <input type="checkbox"/> Ruokatorven tulehdus | <input type="checkbox"/> Kasvain tai syöpä | <input type="checkbox"/> Leikkaus äskettäin |
| <input type="checkbox"/> Mielenterveyden ongelma | <input type="checkbox"/> Tapaturma äskettäin | <input type="checkbox"/> Matala veren K tai Mg | <input type="checkbox"/> Kohonnut silmänpaine |
| <input type="checkbox"/> Näön tai kuulon heikkous | <input type="checkbox"/> Urheiluvamma äskettäin | | |

muita sairauksia tai oireita, mitä: _____

Lääkitys: Käytätkö jotain lääkitystä tai lääkeainetta säännöllisesti tai usein? En Kyllä, mitä:

Raskaus, synnytykset: Olen raskaana, raskausviikko _____ Olen synnyttänyt _____ kk sitten

| Riskikartoitus | Kyllä | Ei |
|--|-------|----|
| Sydänveritulppa, sepelvaltimoiden toimenpide tai sydänperäinen äkkikuolema lähisukulaisella (isä, veli, poika < 55v tai äiti, sisko, tytär < 65v). | | |
| Tupakoin tai olen lopettanut tupakoinnin alle 6 kk sitten. | | |
| Systolinen verenpaineeni on yli 140 mmHg tai diastolinen yli 90 mmHg tai minulla on verenpainelääkitys. | | |
| Kokonaiskolesterolini on >5,2 mmol/l tai HDL-kolesteroli < 0,9 mmol/l tai LDL-kolesteroli > 3,4 mmol/l. | | |
| Paastoverensokerini on ollut yli 6,1 mmol/l ainakin kahdella mittauskerralla. | | |

Viimeisen 2 kk aikana olen harjoitellut _____ krt/vkossa, lajeina _____

Arvio omasta maksimivauhdista nyt: _____ min _____ sek / 1000m.

Arvio Cooperin testituloksestani nyt: _____ m, muu mahdollinen testitulos: _____

Täytä lomake ja tallenna se koneellesi. Palauta täytetty lomake liitetiedostona osoitteeseen niina.rinkinen@kihu.fi, tero.joutsen@kihu.fi

Lisätietoja: Niina Rinkinen, 040 588 0141, Tero Joutsen, 040 588 2081