

Esitietolomake

Pyydämme teitä täyttämään tämän esitietolomakkeen ennen vastaanottokäyntiänne Docrates Syöpäsairaalassa. Lomakkeella kartoitettavilla terveyteenne ja sairauksiinne liittyvillä tiedoilla voi olla merkitystä syövän riskitekijöiden arvioinnissa sekä hoitonne suunnittelussa ja toteutuksessa.

Nimi	
Henkilötunnus	
Ammatti	

Tupakoittekko?	<input type="checkbox"/> en koskaan <input type="checkbox"/> en enää, lopetin vuonna _____ <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka monta vuotta _____	
Alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> keskimäärin _____ annosta viikossa	
Syöpäsairaudet lähisuvussa		
Sukulaisuussuhde:	Syöpätyyppi:	Ikä sairauden alkaessa:
Käytössä oleva lääkitys (jatkakaa tarvittaessa lomakkeen kääntöpuolelle)	Lääkkeen nimi ja vahvuus	Annos ja aloitusvuosi
Käytössä olevat vitamiinit, hivenaineet ja luontaisvalmisteet		
Allergiat (erityisesti lääkeaineallergiat)		
Naiset:		
Kuukautisten päättymisvuosi:	Hormonikorvaushoito:	
Synnytykset (vuodet):	<input type="checkbox"/> käytössä tällä hetkellä <input type="checkbox"/> käytössä vuosina: _____	

Pituus	Paino
---------------	--------------

Onko teillä tällä hetkellä tai aikaisemmin ollut seuraavia sairauksia? (rastita, lisää sairastumisvuosi ja tarkennus)

- pahanlaatuinen kasvain / syöpä _____
- verenpainetauti, sydän- tai verisuonisairaus _____
- sydäntahdistin _____
- tyypin 1 diabetes _____
- tyypin 2 diabetes _____
- kilpirauhassairaus _____
- laskimoveritulppa, keuhkoveritulppa _____
- verenvuototaipumus _____
- keuhkosairaus _____
- virtsaelinten sairaus _____
- ihosairaus _____
- korvasairaus tai kuulon aleneminen _____
- maha- tai suolistosairaus _____
- maksa- ja haimasairaus _____
- munuaissairaus _____
- neurologinen sairaus _____
- usein toistuva päänsärky tai migreeni _____
- mielenterveyden häiriö tai sairaus _____
- silmäsairaus _____
- nivelreuma tai muu reumasairaus _____
- tuki- ja liikuntaelinten sairaus _____
- muu sairaus _____
- olen sairastanut Covid-19, milloin: _____
- olen saanut Covid-19 rokotteen; milloin: _____
- tehdyt leikkaukset (vuosi) _____
- vierasesineet kehossa (jotka voivat häiritä kuvantamistutkimuksia, esimerkiksi lonkkaproteesi) _____

Valitkaa oikea vaihtoehto teitä koskeviin kysymyksiin (rastita ja tarkenna)

- | | |
|----|-------|
| Ei | Kyllä |
|----|-------|
- Oletteko työterveyshuollon piirissä?
Jos vastasitte edelliseen Kyllä, missä työterveyshuoltosi on järjestetty?

- Onko teillä/oletteko sairastanut veriteitse tarttuvia tauteja (HIV, hepatiitti, MRSA)?
Mitä? _____
- Onko teiltä otettu MRSA näyte? Missä ja milloin? _____
- Oletteko ollut hoidettavana julkisen sektorin sairaalassa Suomessa tai sairaalassa ulkomailla 6 kk:n sisällä?
- Oletteko tai oletteko ollut töissä sairaalassa? Missä ja milloin? _____

Allekirjoitus

Paikka ja aika: _____ / _____ / 20_____

Allekirjoitus (alle 18-vuotiaalta huoltajan allekirjoitus)

Nimenselvennys