**ESITIETOLOMAKE PELASTUSALAN KOULUTUKSEN TERVEYSTARKASTUKSEEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sukunimi:** | **Etunimet:** | **Henkilötunnus:** |
| **Lähiosoite:** | **Postinumero:** | **Kotikunta:** |
| **Koulutus:** | **Ammatti:** |
| **Nykyinen työtehtävä ja työnantaja:** |

***Aiempi terveystarkastus tehty:*** [ ] Ei [ ] Kyllä, vuosi:       missä:

***Sairauspoissaolopäivät työstä tai opiskelusta edeltävän 12 kuukauden aikana:***

[ ] 0–10 päivää [ ]  11–30 päivää [ ]  yli 30 päivää

***Varusmiespalvelus suoritettu:***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, vuosi:       Palveluskelpoisuusluokka:       Tehtävä:

***Oma arvio terveydentilasta:***

[ ] Hyvä [ ]  Kohtalainen [ ]  Huono

***Vakituinen lääkitys:***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

***Tupakointi:***

[ ] Ei [ ]  Kyllä      savuketta päivässä [ ]  Lopettanut, vuosi? ­­

***Alkoholin käyttö:***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, alkoholin käytön määrä       annosta/viikko

***Huumausaineiden tai huumaaviin tarkoituksiin käytettävien lääkkeiden käyttö:***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä

[ ]  Olen ollut hoidossa alkoholin TAI huumaavien aineiden käytön vuoksi

***Käytätkö silmälaseja tai piilolinssejä:*** [ ]  Ei [ ]  Kyllä

***Harrastatko liikuntaa:***

[ ]  Ei lainkaan [ ]  Keskimäärin 1–2 krt/vko

[ ]  Satunnaisesti [ ]  Keskimäärin 3–4 krt/vko

[ ]  Yli 4 krt/vko

Mitä liikuntaa tai lajeja:

***Onko sinulla koskaan esiintynyt seuraavia lääkärin toteamia tai tiedossasi olevia sairauksia tai oireita? (Vastaa kyllä, vaikka sairaus olisi todettu lapsuudessa tai kauan aikaa sitten)***

*(jatkuu seuraavalla sivulla)****:***

**Hengenahdistusta**[ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Hengityksen vinkumista**[ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Pitkittynyttä tai toistuvaa yskää**[ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Rintakipuja**[ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Astma** [ ]  Ei [ ]  Kyllä

[ ]  Vain lapsena, ikävuosina:

**Ilmarinta** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Ihosairaus tai ihottuma** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Allergia** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mille:

**Kohonnut verenpaine** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu:

**Sydänsairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Rytmihäiriöt** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Reumasairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Nivelrikko** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Selkä- tai niskasairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä: ­      *(esim. välilevytyrä, skolioosi)*

**Tulehduksellinen suolistosairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:      *(esim. Crohnin tauti, haavainen paksusuolentulehdus)*

**Pitkäaikainen unettomuus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Ahdistuneisuus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Masennus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Muu psyykkinen sairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Silmäsairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Värinäön häiriö** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu:

**Korvasairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Diabetes** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu:

**Kilpirauhasen sairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu:

*(jatkoa edelliseltä sivulta)*

**Verisairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Kasvain tai syöpäsairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Huimaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Pyörtyminen** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Vapina** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Migreeni, tai muu toistuva päänsärky** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Epilepsia** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu:

**Aivoverenkiertohäiriö** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä:

**Aivovamma** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin:

**Uniapnea** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu:

**Narkolepsia** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, milloin todettu:

**Muu neurologinen sairaus** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä ja milloin:      *(esim. MS-tauti, aivovaltimon aneurysma)*

**Muu sairaus tai häiriö** [ ]  Ei [ ]  Kyllä, mikä ja milloin

***Oletko ollut leikkaustoimenpiteissä*** *(esim. tapaturman vuoksi)*

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, mitä operoitu ja milloin:

***Oletko koskaan käyttänyt hengitettäviä lääkkeitä*** *(ns. astmapiippuja)?*

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, mitä lääkkeitä ja milloin:

***Onko sinulle tehty joskus keuhkojen puhalluskokeita esim. PEF-seurantaa tai spirometriaa?***

[ ]  Ei [ ]  Kyllä, missä tutkimukset on tehty ja milloin:

[ ]  **Vakuutan ilmoittaneeni kaikki sairauteni ja muut kysytyt tiedot totuudenmukaisesti.**

**Päivämäärä ja paikka: Allekirjoitus:**

***Tulosta ja toimita esitietolomake täytettynä terveystarkastuksen tekevälle lääkärille. Esitietolomaketta ei toimiteta esim. Pelastusopistolle tai työpaikalle.***