Nimi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ syntymäaika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pituus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm Paino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

1. AKUUTTI tuki- ja liikuntaelinoire:

selkävaiva  niskavaiva  yläraajavaiva  alaraajavaiva

Piirrä kuvaan nykyinen kipualueesi käyttämällä merkkiä /////

Kuva, joka sisältää kohteen Piirrokset, luonnos, piirros, nivel

Kuvaus luotu automaattisesti

1. Kuinka voimakasta kipua sinulla on esiintynyt keskimäärin viimeisen 7 vuorokauden aikana?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ei lainkaan kipua pahin mahdollinen kipu

1. Miten kuvaisit omaa työkykyäsi tällä hetkellä?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Täysin työkyvytön Täysin työkykyinen

1. Onko sinulla kahden viimeisen viikon aikana esiintynyt seuraavia oireita?

Kuumeilu Ei / Kyllä Painonlasku Ei / Kyllä

Yleiskunnon lasku Ei / Kyllä Rintakipu rasituksessa Ei / Kyllä

Kipu hengittäessä Ei / Kyllä Huimaus Ei / Kyllä

Jatkuva päänsärky Ei / Kyllä Vatsavaiva Ei / Kyllä

Tulehdustauti Ei / Kyllä Raajojen voimattomuus Ei / Kyllä

Kiveskipu Ei / Kyllä Säteilyoire ylä- tai alaraajaan Ei / Kyllä

Virtsan- ja/tai ulosteen pidätysvaikeus/ virtsaumpi Ei / Kyllä

1. Onko sinulla todettua syöpäsairautta? Ei / Kyllä
2. Harrastatko säännöllisesti liikuntaa? Ei / Kyllä

Liikuntamuoto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Oletko ollut osallisena tapaturmassa? Ei / Kyllä

Mikä tapaturma ja milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Onko sinulla nykyistä kipua / vaivaa ensimmäistä kertaa? Ei / Kyllä
2. Onko sinua leikattu nykyisen kivun/ vaivan takia? Ei / Kyllä
3. Onko sinulle tehty röntgen- tai magneettitutkimus nykyiseen vaivaan? Ei / Kyllä
4. Kauanko nykyinen kipu / vaiva on kestänyt?

alle 1vko  alle 1kk  alle 3kk  yli 3kk  yli 1 v

1. Oletko käyttänyt kipulääkettä nykyiseen kipuun / vaivan hoitoon? Ei / Kyllä

Lääkitys: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Kuvaile kuinka nykyinen kipu / vaiva alkoi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Mitkä tekijät kipeyttävät / aiheuttavat vaivaa eniten? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Mitkä tekijät helpottavat kipua/vaivaa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Palauta lomake työfysioterapeutille vastaanotolla