

**KOTONA TÄYTETTÄVÄ OMAHOITOLOMAKE**

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Pvm: \_\_\_\_\_

**Kuinka voin? Oma arvio voinnistani.**


---



---



---



---



---



---

**ELÄMÄNTAVAT JA HYVINVOINTI**

RAVINNON LAATU JA MÄÄRÄ	Kyllä	Ei	Osittain
Syön päivittäin kuitupitoista ruokaa (esim. täysjyväleipää, puuroa, leseitä, kasviksia, marjoja, hedelmiä)			
Käytän lautasmallia aterioiden koostamisessa. (Lautasmalli = lautasella on 1/2 kasviksia, 1/4 lihaa/kalaa/kanaa ja 1/4 perunaa/riisiä/pastaa)			
Syön vain harvoin eläin- tai piilorasvaa sisältäviä elintarvikkeita (esim. rasvaisia juustoja, leivonnaisia, makkaroita ja valmisruokia).			
Kiinnitän huomiota suolamäärään ruoanvalmistuksessa.			

LIIKUNTA	Kyllä	Ei	Osittain
Minulle kertyy hyötyliikuntaa päivittäin vähintään 30 min. (esim. kotiaskareet, työmatkat)			
Harrastan kuntoliikunta 2-3 kertaa viikossa (esim. sauvakävely, voimistelu, kuntosali, hiihto, uinti, pyöräily)			

TUPAKKATUOTTEET (SAVUKKEET, PIIPPU, NUUSKA)	Kyllä	Ei
Tupakoin/käytän nuuskaa/käytän sähkötupakkaa		
Tupakoin/nuuskaan mutta haluaisin lopettaa		
En käytä alkoholia lainkaan		
Käytän alkoholia kohtuullisesti Naiset: korkeintaan 1 annos/pvä, mutta ei päivittäin. Miehet: korkeintaan 2 annosta/pvä, mutta ei päivittäin. Yksi annos on: 1 pullo keskiolutta tai 12 cl mietoa viiniä tai 8 cl väkevää viiniä tai 4 cl 40 % viinaa.		
Koen, että minulla on ongelmia alkoholin käytön kanssa		
Muut päihteen		

#### SAIRAUKSIEN SEURANTA

SAIRAUDET, onko sinulla joskus todettu	Kyllä	Ei
Diabetes tai kohonnut verensokeri (esim. raskausajan diabetes)		
Verenpainetauti tai kohonnut verenpaine		
Sydämen vajaatoiminta		
Tehty sydämen ohitusleikkaus tai pallolaajennus		
Aivohalvaus tai aivoverenkierron häiriö		
Katkokävely (alaraajojen valtimotauti)		
Kohonnut veren kolesteroli tai muu rasva-aineenvaihdunnan häiriö		
Munuais- tai maksasairaus		
Astma, COPD tai muu pitkäaikainen keuhkosairaus		
Psyykinen sairaus (esim. masennus)		
Reuma, nivelrikko tai muu tuki- ja liikuntaelinten pitkäaikaissairaus		
Unihäiriöt, uniapnea		
Jokin syöpäsairaus		
Muu sairaus		
Allergiat		
Leikkaukset		

	Kyllä	Ei
Koen, että minulla on riittävästi voimavaroja sairauteni hoitamiseen		
Koen olevani stressaantunut/uupunut		
Koen, että saan tarvittaessa läheisiltä ihmisiltäni tukea		
Minua mietityttää jokin seksuaalisuuteen liittyvä asia		

**KÄYTTÄMÄNI LÄÄKÄRIN MÄÄRÄÄMÄT LÄÄKKEET**

(Huom! myös muilta lääkäreiltä saamani lääkkeet) tabletit, suihkeet, voiteet ja tipat

LÄÄKKEEN NIMI	VAHVUUS	ANNOS

jatka tarvittaessa kääntöpuolelle

**KÄYTTÄMÄNI ITSEHOITO- JA LUONTAISLÄÄKKEET (ilman reseptiä hankitut, esim. särkylääkkeet, vitamiinit, allergialääkkeet)**

VALMISTEEN NIMI	VAHVUUS	ANNOS

	Kyllä	Ei	Osittain
Otan minulle määrätyt reseptilääkkeet säännöllisesti ja tiedän mihin sairauteen ne vaikuttavat.			
Seuraan verenpainettani säännöllisesti terveydenhoito- henkilöstöltä saamieni ohjeiden mukaisesti.			
Huolehdin päivittäin suuhygieniastani sekä käyn säännöllisesti hammaslääkärin tai suuhygienistin tarkastuksessa.			

Oletko kiinnostunut omahoitosi tehostamisesta?	Kyllä	Ei
Tällä hetkellä omahoitoni on riittävän hyvää, muutoksiin ei mielestäni ole tarvetta.		
Kyllä, haluan tehostaa omahoitoani ja olen parhaillaan tekemässä muutoksia elintapoihini		
Harkitsen omahoidon tehostamista ja/tai elintapojen muuttamista.		
Olen muuttanut elintapojani, mutta palannut entisiin		
Panostan tällä hetkellä elämässäni muihin asioihin.		

**Toivon muutosta: Mitä voin itse tehdä? Mitä lääkäri voi tehdä?**

---

---

---

---

---

---

---