

## NUORTEN NAISTEN AAVA - ESIKYSELY ENSIKÄYNTIÄ VARTEN

Tämän lomakkeen avulla keräämme esitietoja ensikäyntiä varten. Kaikkiin kysymyksiin ei tarvitse vastata. Voit jättää vastauskohdan tyhjäksi, jos et halua tai osaa vastata.

### HENKILÖTIEDOT

Nimi: \_\_\_\_\_  
Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta Pituus: \_\_\_\_\_ cm Paino: \_\_\_\_\_ kg

### KÄYNNIN SYY

Mitä toivot tältä käynniltä? \_\_\_\_\_

### TERVEYSHISTORIA

- Onko sinulla lääkitystä? Ei  / Kyllä   
Onko sinulla pitkäaikaissairauksia? Ei  / Kyllä   
Onko sinulla migreeniä/taipumusta päänsärkyihin? Ei  / Kyllä   
Onko sinulla ollut mielenterveyshaasteita tai -sairauksia? Ei  / Kyllä   
Tupakoitko? Ei  / Kyllä   
Oletko saanut HPV-rokotteen? Kyllä  / Ei

### LÄHISUVUN SAIRAUDET

- Laskimo-/keuhkoveritulppia tai tukostaipumusta? Ei  / Kyllä  / En tiedä   
Sydän- tai aivoinfarkteja? Ei  / Kyllä  / En tiedä   
Syöpiä? Ei  / Kyllä  / En tiedä

### KUUKAUTISET

- Minkä ikäisenä kuukautisesi alkoivat? \_\_\_\_\_ vuotta  
Kuinka pitkä on kiertosi? \_\_\_\_\_ päivää  
Onko vuotosi runsasta? Ei  / Kyllä  / En osaa sanoa   
Onko kuukautiskipuja? Ei  / Kyllä  / En osaa sanoa   
Ovatko kuukautisesi säännölliset? Ei  / Kyllä  / En osaa sanoa   
Onko koskaan ollut yli kolmen kuukauden taukoja? Ei  / Kyllä   
Onko esiintynyt ylimääräisiä vuotoja? Ei  / Kyllä  / En osaa sanoa

### SEKSUAALITERVEYS

- Oletko käyttänyt ehkäisyä aiemmin? Ei  / Kyllä  Mitä? \_\_\_\_\_  
Tarvitsetko ehkäisyä? Ei  / Kyllä  Oma toiveesi: \_\_\_\_\_  
Onko ollut suojaamatonta seksiä? Ei  / Kyllä   
Onko tehty seksitautitestejä? Ei  / Kyllä   
Toivotko seksitautitestejä? Ei  / Kyllä   
Onko ollut raskauksia? Ei  / Kyllä   
Onko seksuaalisuuteen liittyviä huolia? Ei  / Kyllä

### MUUTA KYSYTTÄVÄÄ?

Tähän voit kirjata, jos mielessäsi on jotain muuta tärkeää, mistä haluaisit kysyä, kertoa tai keskustella?