

**TAUSTATIEDOT**

Ikä \_\_\_\_\_ Sivillisäätty \_\_\_\_\_

Ammatti \_\_\_\_\_

**Työtilanne**

Olen  työssäkäyvä  opiskelija  
 sairauslomalla alkaen \_\_\_\_\_  työtön  
 eläkkeellä

**Onko SUVUSSASI esiintynyt samankaltaista pitkäaikaista kipua mitä sinulla on? Jos, niin minkälaista:**

---



---



---

**Onko sinulla mitään PERUSSAIRAUKSIA?**  ei  kyllä

Mitä sairauksia? \_\_\_\_\_

---



---

**Mitä LÄÄKKEITÄ sinulla on käytössä?**

Peruslääkkeet: \_\_\_\_\_

---



---

Kipulääkkeet: \_\_\_\_\_

---



---

Luontaistuotevalmisteet: \_\_\_\_\_

---



---

**Mitä LEIKKAUKSIA sinulle on tehty?**


---



---

**ALLERGIAT**

**Onko sinulla allergioita?**  ei  kyllä

Mitä? \_\_\_\_\_

**NAUTINTOAINEEET**

Poltan  tupakkaa  
 Käytän  alkoholia  nuuskaa  huumeita, mitä?  en mitään  
 Paljonko viikossa? \_\_\_\_\_

## NYKYINEN KIPUTILA JA SIIHEN LIITTYVÄT OIREET JA SAIRAUDET

Kerro oma käsityksesi tulosyystä kipupoliklinikalle

---



---

Lääkärin lähete kipupoliklinikalle/Dg-numerot (jos tiedät)

---

Kerro lyhyesti, kuinka kipusi alkoi ja miten se on edennyt

---



---

Ympäroi tämänhetkisen kipusi voimakkuus numeraalisen eli NRS-asteikon mukaan, missä nolla tarkoittaa ei lainkaan kipua ja kymmenen pahinta mahdollista kipua

LEVOSSA                      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LIIKKEESSÄ                    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mitä kipuun liittyviä tutkimuksia sinulle on tehty ja milloin?

Kuvantaminen (RTG,CT, MRI): \_\_\_\_\_

---

Kliininen neurofysiologia (ENMG, QST,SEPT): \_\_\_\_\_

---

Laboratoriokokeet (ravitseemus, reumataudit, autoimmuunitaudit, tulehdukset):

---



---

Miten kipua on hoidettu?

Lääkkeet: \_\_\_\_\_

---

Puudutukset: \_\_\_\_\_

---

Leikkaukset: \_\_\_\_\_

---

Fysioterapia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psykoterapia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kuntoutusjaksot (missä/milloin): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muu (vaihtoehtohoidot): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Mistä hoidosta koet saaneesi eniten apua?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Merkitse suurimmat ongelmat, mitkä sinulle kivusta aiheutuvat

itse kipu                       unihäiriö                       toimintakyvyn puute

sosiaalisten suhteiden heikkeneminen       mielialan lasku                       työkyvyn puute

muu, mikä \_\_\_\_\_

**Onko elämässäsi muita suuria kärsimyksiä?**       ei                       kyllä

Mikäli vastasit kyllä, niin mitä?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Mitkä ovat tärkeimmät voimavarasi kivun/kärsimyksesi hallinnassa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SOSIAALINEN TUKI

**Onko sinulla lapsia?**     ei                       kyllä

Minkä ikäisiä lapsia? \_\_\_\_\_

**Onko sinulla ystäviä/tukihenkilöä?**     ei                       kyllä

Montako? \_\_\_\_\_

Harrastatko liikuntaa, mitä ja kuinka usein (tunteja / pv, kertoja / vko)?

---



---

Syötkö mielestäsi säännöllisesti ja terveellisesti?

---

Paino \_\_\_\_\_ Pituus \_\_\_\_\_

Mitä odotat kipupoliklinikan hoitojaksolta?

---



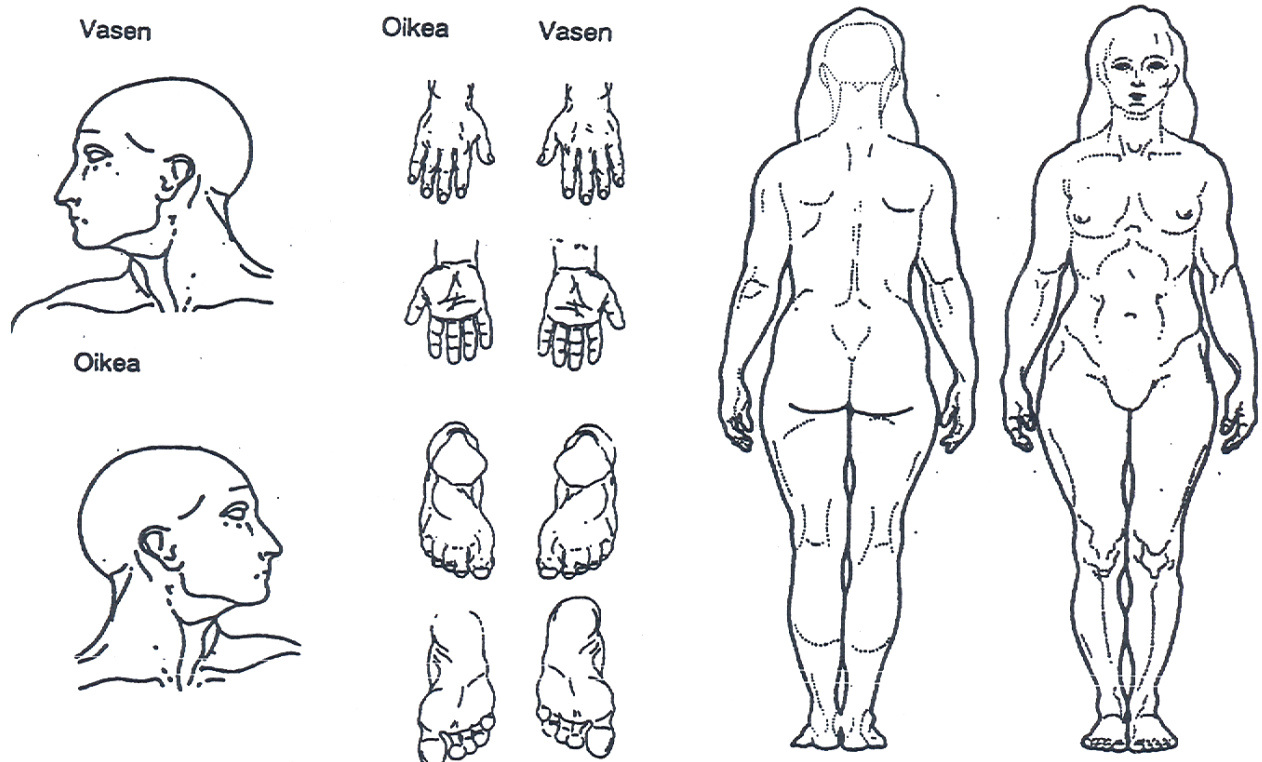
---



---

Missä kipunne tuntuu? Merkitkää kuvaan kaikki paikat, joissa tunnette kipua.  
Käyttäkää kipualueiden merkitsemisessä apuna seuraavia merkkejä kuvaamaan kivun luonnetta.

**Särky**                    XXXXX (piirtäkää rasteilla)    **Aristava kipu**                    ===== (piirtäkää poikkiviivoilla)  
**Polttava kipu**                    OOOO (piirtäkää ympyröillä)    **Tunnottomuus**                    ||||| (piirtäkää pystyviivoilla)



## Vaikeuttaako kipu seuraavia asioita?

	paljon	ei lainkaan	jonkin verran
makaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
istuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seisominen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käveleminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nostaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruuan laittaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiskaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siivoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lukeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV:n katseleminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kirjoittaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
portaissa kulkeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autolla ajaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nukahtaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nukkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seksistä nauttiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ihmissuhteiden ylläpitäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu, mikä _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KIPUSANAT: Valitkaa kipuanne parhaiten kuvaavat sanat rastittamalla ne.

aaltoileva  
 kohtauksittainen  
 jatkuva

pistävä  
 lävistävä  
 läpituokeva

nykivä  
 tempova  
 riuhtova

ärsyttävä  
 ahdistava  
 tuskallinen

lievä  
 kiusallinen  
 kova  
 sietämätön  
 tappava

tykyttävä  
 jumputtava  
 jyskyttävä

terävä  
 viiltävä  
 repivä

kuumottava  
 paahtava  
 polttava

pinnallinen  
 toispuoleinen  
 säteilevä  
 syvä

vyömainen  
 puristava  
 kouristava  
 tukehduuttava  
 musertava

hiipivä  
 painava  
 turruttava  
 jäytävä

pelottava  
 kauhea  
 karmiva

viileä  
 kylmä  
 hyytävä

kutiseva  
 syyhyävä  
 hilseilevä  
 hellä  
 aristava  
 kihelmöivä

närästävä  
 kuvottava  
 tainnuttava

Status (lääkäri täyttää vastaanotolla):

---



---



---



---

Kiitos vastauksestasi!