

Hyvät vanhemmat!

Tervetuloa Kempeleen äitiysneuvolan asiakkaaksi! Neuvolan työntekijöiden tarkoituksena on olla lasta odottavan perheen käytettävissä sekä vauvan että vanhempien hyvinvointiin liittyvissä asioissa.

Haluamme luoda kanssanne luottamuksellisen yhteistyösuhteen, löytää yhdessä perheenne hyvinvointia edistävät asiat ja auttaa perhettänne mahdollisissa pulmatilanteissa.

Odottavan äidin lisäksi myös puoliso on tervetullut äitiysneuvolakäynneille. Yhdellä neuvolakäynnillä toivomme, että äiti ja terveydenhoitaja ovat kahdestaan ainakin osan ajasta.

Toivomme, että vastaatte tämän kirjeen mukana oleviin kyselyihin huolellisesti ja totuudenmukaisesti. Ottakaa täytetyt kyselylomakkeet mukaanne tullessanne ensimmäiselle äitiysneuvolakäynnille. Raskauden kuluessa vanhemmilta tullaan kysymään myös heidän kokemuksiaan lähisuhdeväkivallasta.

Tapaamisiin !

Neuvolan terveydenhoitajat ja lääkärit



ÄITIYSNEUVOLAN ESITIEDOT

HENKILÖ- TIEDOT	Äidin nimi	Aikaisemmat sukunimet
	Henkilötunnus	Rekisteriviranomainen (seurakunta/väestörekisteri)
	Katuosoite	Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelin	Äidin ammatti Työnantaja
	Äidin perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> uusi avioliitto <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> avioliitto	<input type="checkbox"/> kokopäivä työ <input type="checkbox"/> ei ansiotyössä <input type="checkbox"/> osapäivätyö <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> vuorotyö <input type="checkbox"/> työaika klo
	Lapsen isän nimi (tai muu yhteyshenkilö)	henkilötunnus
	<input type="checkbox"/> asuu samassa osoitteessa Muu osoite	perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> uusi avioliitto <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> avioliitto
	Puhelin	ammatti Työnantaja

PERHE- YHTEISÖ	Talouteenne kuuluvien lasten lukumäärä	Perheeseen kuuluvien Sinun tai kumppanisi lapset Nimi/nimet
---------------------------	--	--

ESI- TIEDOT	Pituus: cm	Viimeiset kuukautiset, pvm:
	Paino ennen raskautta : kg	Kuukautiskierron pituus : vrk
	Edeltänyt ehkäisy, mikä ? Lopetuspvm:	Raskauskoe positiivinen, pvm negatiivinen, pvm
	Raskautta edeltäneet lapsettomuushoidot ?	Viimeinen PAPA-näyte pvm, tulos:
Oma arvio terveydestäsi tällä hetkellä	Onko sinulla raskauteen liittyviä pelkoja? <input type="checkbox"/> terveytesi suhteen <input type="checkbox"/> tulevan lapsen <input type="checkbox"/> synnytyksen suhteen <input type="checkbox"/> muita millaisia <input type="checkbox"/> keskenmenon	

ÄIDIN TERVEYS	Rastita sairaudet, joita olet sairastanut	<input type="checkbox"/> virtsatulehdus, milloin? <input type="checkbox"/> kilpirauhasensairaus <input type="checkbox"/> reuma <input type="checkbox"/> tuki- ja liikuntaelinsairaudet <input type="checkbox"/> leikkaukset, mitä, vuonna? <input type="checkbox"/> vesirokko <input type="checkbox"/> verensiirto, vuonna ? <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> gynekologiset sairaudet <input type="checkbox"/> sukupuoliteitse tarttuvat taudit (klamydia, kondyloma) <input type="checkbox"/> herpes genitalis <input type="checkbox"/> C-hepatiitti <input type="checkbox"/> muuta
	<input type="checkbox"/> sokeritauti <input type="checkbox"/> verenpainetauti <input type="checkbox"/> allergia, mikä? <input type="checkbox"/> munuaistauti <input type="checkbox"/> sydäntauti <input type="checkbox"/> maksasairaus <input type="checkbox"/> keuhkosairaus <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> neurologinen sairaus <input type="checkbox"/> psyykkiset sairaudet (esim. masennus) <input type="checkbox"/> synnynnäiset epämuodostumat <input type="checkbox"/> vammaisuus, aistivika	Lääkkeet ja käyttöaika
ISÄN/ PUOLISON TERVEYS	Onko puoliso sairastanut jotakin edellä mainituista sairauksista ja milloin?	
LÄHISUVUN SAIRAUDET	Kerro mitä sairauksia lähisuvussasi on (esim. sokeritauti, verenpainetauti, sydänsairaudet, mahdolliset periytyvät sairaudet, synnynnäiset epämuodostumat, kehitysvammaisuus), kenellä	

AIKAISEMMAT RASKAUDET (keskenmenot, keskeytykset, synnytykset)	vuosi	Rask. kesto	Raskauden ja synnytyksen kulku	syntymä paino	suku puoli	Synnyt. kesto	Imetys, kesto	Synnytyssairaala

ODOTUKSIA JA TOIVOMUKSIA ÄITIYSNEUVOLALTA	
--	--

ODOTTAVAN ÄIDIN RAVITSEMUS- JA LIIKUNTATOTTUMUKSET

Nimi:

Henkilötunnus:

Täytä lomake normaalien ruokailutottumustesi mukaan.

1. Ateriarytmi

aamupala	lounas	välipala	päivällinen	iltapala	muuta
klo	klo	klo	klo	klo	klo

2. Onko sinulla erityisruokavaliota ?

Ei Kyllä, mitä

3. Mitä maitotuotteita käytät ?

<input type="checkbox"/> rasvaton maito	<input type="checkbox"/> piimä, mikä
<input type="checkbox"/> ykkösmaito	<input type="checkbox"/> jogurtti, viili
<input type="checkbox"/> kevyt maito	<input type="checkbox"/> en käytä maitotuotteita
<input type="checkbox"/> kulutusmaito	
<input type="checkbox"/> luomumaito	
<input type="checkbox"/> tilamaito	

4. Kuinka paljon juot maitoa/piimää päivässä ? dl

5. Mitä juustoja käytät ?

Montako siivua päivässä ?

6. Mitä rasvaa käytät leivällä ?

7. Mitä rasvaa käytät ruoan valmistuksessa ?

8. Kuinka usein syöt lihavalmisteita ?

9. Kuinka usein syöt kalaa ?

10. Mitä viljavalmisteita käytät ?

- puuro
 täysjyväleipä (ruis-, näkkileipä)
 sekaleipä, hiivaleipä
 vehnäleipä (esim. ranskanleipä)
 muu valmiste, mikä

11. Syötkö kasviksia ja vihanneksia

- päivittäin 3-4 kertaa viikossa harvemmin

12. Syötkö mielestäsi kasviksia ja vihanneksia

- runsaasti keskinkertaisesti niukasti

13. Syötkö marjoja ja hedelmiä

- päivittäin 3-4 kertaa viikossa harvemmin

14. Mitä käytät janojuomana ? Käytätkö energiajuomia?

15. Kuinka usein syöt makeisia, suklaata, chipsejä ym. naposteltavaa ?

16. Kuinka usein syöt pullaa, keksejä yms. ?

17. Onko käytössäsi jokin vitamiinilisä, mikä ? Käytätkö luontaistuotteita, mitä?

Liikuntatottumukset

18. Mitä liikuntaa harrastat ja kuinka paljon ?

Hammashoito

19. Milloin on viimeksi tehty hampaiden/suun terveystarkistus?
