**RASKAUDENKESKEYTYS, ESITIETOLOMAKE**

**KUUKAUTISET / VUODOT**

Viimeisten kuukautisten alkamispäivä: \_\_\_\_­\_\_

Montako päivää kuukautiset kestävät: \_\_\_\_\_­­\_

Millaiset kuukautiset ovat (runsaat/ tavalliset/ niukat): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Montako päivää kuukautiskierto on: *\_\_\_\_\_\_\_* (välilasketaan kuukautisten alkamispäivästä seuraavienkuukautisten alkamispäivään)

Onko ollut ylimääräisiä vuotoja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raskaustesti positiivinen pvm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EHKÄISY**

Mitä ehkäisyä käytät tällä hetkellä: kondomi/ e-pillerit/ kierukka/ jälkiehkäisy/ sterilisaatio/ joku muu ehkäisy/ ei ehkäisyä. ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kuinka kauan olet kyseistä ehkäisyä käyttänyt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mitä olet miettinyt jatkoehkäisyksi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RASKAUDET**

Synnytysten lukumäärä ja vuodet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imetätkö tällä hetkellä: ei \_\_\_\_\_/ kyllä \_\_\_\_\_

Keskenmenot; milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raskaudenkeskeytykset; milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kohdunulkopuoliset raskaudet; milloin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Onko sinulla ollut gynekologisia tulehduksia; milloin ja millaisia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERVEYDENTILA**

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

Verenpaine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pvm \_\_\_\_\_\_

Sairaudet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergiat (yliherkkyydet lääkeaineille): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Säännöllisesti käyttämäsi lääkkeet / luontaistuotteet (vahvuudet/ montako kertaa vuorokaudessa?)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gynekologiset leikkaukset **/** toimenpiteet. Mitä? Milloin?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Onko lähisuvussanne (vanhemmat, sisarukset) ollut laskimotukostaipumusta?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tupakointi: ei ­\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_; \_\_\_­\_ kpl/ vrk, sähkötupakka: ei \_\_\_ kyllä \_\_\_

Nuuskan käyttö: ei­­ \_\_\_\_ kyllä\_\_\_\_

Huumausaineiden käyttö: ei\_\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_