

Oppilaitos _____
 Opintolinja _____

A YHTEYSTIEDOT

1. Nimi ja henkilötunnus	ryhmä
2. Osoite	
3. Kotikunta	
4. Puhelin	
5. Lähin omainen	
Puh päivisin:	

B. TERVEYDENTILA

6. Koen itseni terveeksi	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> en osaa sanoa
7. Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai vaiva, mikä?			
Missä hoidetaan:			
Lääkehoito:			

8. Allergiat:

9. Onko sinulla jotakin seuraavista oireista? Merkitse jokaisen väittämän kohdalle rasti Ei/Kyllä - sarakkeeseen arviosi mukaan. Määrittele asiaa halutessasi tarkemmin sille varatussa tilassa.			
	Ei	Kyllä	Asian määrittelyä
Päänsärkyä			
Vatsavaivoja			
Univaikeuksia / väsymystä			
Huimausta tai pyörtyilyä			
Pitkittynyttä nuhaa			
Ihottumaa			
Nivelkipuja			
Selkäkipuja			
Muita toistuvia vaivoja, mitä?			
10. Mielenpiteeni pituudestani ja painostani			

11. Viimeisimmät rokotukset ja rokotusvuosi: Jäykkäkouristus / kurkkumätä (Td) _____ Tuhkarokko-, sikotauti-, vihuriokkorokotus (MPR) 1. _____ 2. _____	
12. Muut rokotukset; esim. hepatiitti A tai B	

13. Oletko sairastanut vesirokon?

14. Lähisuvun sairaudet (vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat):
Diabetes <input type="checkbox"/> kyllä
Sydän- / verenkiertosairus <input type="checkbox"/> kyllä
Muita sairauksia Mitä?

C. TERVEYSTOTTUMUKSET

15. Syön päivittäin <input type="checkbox"/> aamupalan <input type="checkbox"/> lounaan <input type="checkbox"/> päivällisen
16. Juotko maitoa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
17. Juotko energiajuomia? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
18. Onko sinulla jokin erityisruokavalio, mikä?
19. Käytätkö D-vitamiinia?
20. Onko sinulla vaikeuksia syömisen kanssa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
21. Nukun arkisin klo _____ - _____ ja viikonloppuisin klo _____ - _____
22. Vapaa-aikani vietän:
23. Kuinka paljon liikut / kuntoilet päivittäin?
24. Kuinka paljon ulkoilet päivittäin?
25. Paljonko vietät aikaa tietokoneen, television ja tv-pelien parissa päivittäin? _____
26. Pelaatko rahapelejä? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
27. Mihin aikaan tulet yleensä kotiin iltaisin? Arkisin _____ viikonloppuisin _____

D. OPISKELU

28. Aikaisempi koulutus / työkokemus:
29. Oppiminen on minulle <input type="checkbox"/> helppoa <input type="checkbox"/> jotkut aineet vaikeita <input type="checkbox"/> vaikeaa
30. Tunnetko opiskelevasi oikealla alalla? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
31. Koetko opiskelun sujuneen suunnitelmien mukaan? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
32. Käytkö työssä opiskelun ohella? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
33. Käytätkö tarvittaessa henkilökohtaisia suojaamia työskennellessäsi? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

E. KYSYMYKSIÄ TYTÖILLE / NAISILLE JA POJILLE / MIEHILLE

<p>34. Kysymyksiä tytöille / naisille Kuukautisten alkamisikä _____ vuotta Vuoto kestää _____ vrk Kierron pituus _____ vrk</p> <p>Onko kuukautiskiertosi säännöllinen? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Onko sinulla kuukautiskipuja? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Onko sinulla kysymyksiä tai huolia ehkäisyyn tai seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p>	<p>35. Kysymyksiä pojille / miehille Onko sinulla toinen kives huomattavasti suurempi tai vain toinen kives todettavissa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Onko sinulla kysymyksiä tai huolia ehkäisyyn tai seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p>
36. Seurusteletko / oletko parisuhteessa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
37. Tarvitsetko raskauden ehkäisyä? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
38. Mitä ehkäisyä käytät	
39. Kaipaen tietoa ihmissuhteisiin liittyvistä asioista, esim. seurustelu <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	

F. PSYKKINEN JA SOSIAALINEN HYVINVOINTI

40. Perheeseeni kuuluvat			
41. Tuletko hyvin toimeen vanhempiesi kanssa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei			
42. Tuletko hyvin toimeen puolisososi /seurustelukumppanisi kanssa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei			
43. Voin kertoa asioistani <input type="checkbox"/> vanhemmille <input type="checkbox"/> puolisolalle <input type="checkbox"/> ystäville <input type="checkbox"/> sisaruksille <input type="checkbox"/> jollekin muulle <input type="checkbox"/> en kenellekään			
44. Elämässäni on tapahtunut viime aikoina:			
<input type="checkbox"/> muuttaminen	<input type="checkbox"/> vanhempien ero	<input type="checkbox"/> vanhempien uusi avio-/avoliitto	
<input type="checkbox"/> läheisen runsas alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/> läheisen masennus	<input type="checkbox"/> läheisen muu sairaus	
<input type="checkbox"/> läheisen kuolema	<input type="checkbox"/> oma sairaus	<input type="checkbox"/> ei mainittavaa muutosta	
<input type="checkbox"/> avo- / avioero	<input type="checkbox"/> perheväkivalta	<input type="checkbox"/> muu, mikä	
45. Onko sinulla tai onko sinulla ollut? <input type="checkbox"/> väsymystä tai uupumusta <input type="checkbox"/> alakuloisuutta <input type="checkbox"/> yksinäisyyttä <input type="checkbox"/> ahdistuneisuutta <input type="checkbox"/> keskittymisvaikeuksia <input type="checkbox"/> itsesi vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia			
46. Asioita, joissa tunnen olevani hyvä:			
47. Mitä toivot tulevaisuudelta?			

48. Toiveita opiskeluterveydenhuollolle _____

Päiväys _____ / _____ 20_____

Allekirjoitus _____

NUORTEN PÄIHDEMITTARI (ADSUME)

Nimi: _____

Syntymäaika _____

Tämän koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kyselyn tavoitteena on arvioida mahdollista päihteiden käyttöäsi. Terveystoimittaja keskustele luottamuksellisesti päihdemittarin tuloksesta kanssasi terveystarkastuksen yhteydessä.

Merkitse vaihtoehdot, jotka kuvaavat sinun päihteiden käyttöäsi viimeisen vuoden aikana.

1. Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa?

0. En

1. Tupakoin (käytän nuuskaa) satunnaisesti

2. Tupakoin (käytän nuuskaa) päivittäin

Minkä ikäisenä aloitit tupakoinnin? _____

2. Oletko kokeillut tai käyttänyt päihteitä viimeisen vuoden aikana?

0. En

1. Alkoholia (ei huomioida maistamista esim. lusikallisen verran)

4. Lääkkeitä, että saisin "päähän sekaisin"

4. Liuotainaineita (imppaaminen)

4. Huuhausaineita, mitä _____

4. Jotain muita päihteitä, mitä _____

5. Alkoholia ja edellä mainittuja aineita samaan aikaan (sekäkäyttö)

Minkä ikäisenä kokeilit ensikerran? _____

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "En", voit siirtyä kysymykseen 14.

3. Kuinka usein olet kokeillut tai käyttänyt muita päihteitä kuin tupakkaa viimeisen vuoden aikana?

1. 1–3 kertaa

2. 4–6 kertaa

3. Noin kerran kuukaudessa

4. Pari kertaa kuukaudessa

5. Kerran viikossa tai useammin

Milloin käytit viimeksi ja mitä _____

4. Kuinka monta annosta alkoholia juot yleensä niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia? (Annosten laskeminen, katso seuraava taulukko)

0. En käytä alkoholia

1. 1–2 annosta

2. 3–4 annosta

3. 5–6 annosta

4. 7 annosta tai enemmän, montako _____

Alkoholiannoksella tarkoitetaan:

pullo (0,33 l) keskiolutta tai siideriä tai reilu puoli lasia (12 cl) mietoa viiniä tai vajaa puoli lasia (8 cl) väkevää viiniä tai vajaa neljännes lasia (4 cl) viinaa

Esimerkkejä:

0,5 l siideriä tai keskiolutta on 1,5 annosta

0,3 l pullo A-olutta on 1,5 annosta

3/4 litran pullo mietoa viiniä on 6 annosta

0,5 l pullo viinaa on 13 annosta

1 "six-pack" keskiolutta (0,33 l x 6) 6 annosta

5. Oletko myöhästynyt, lähtenyt kesken päivän tai jäänyt pois koulusta päihteiden käyttösi takia?

0. En koskaan

1. Kerran

3. 2–3 kertaa

4. 4 kertaa tai useammin

6. Oletko toiminut päihtyneenä seuraavilla tavoilla viimeisen vuoden aikana? (Yksi tai useampi rengastus)

Olen satuttanut itseäni.

Olen satuttanut toista.

Olen ollut autossa, jota on ajanut päihtynyt.

Olen ajanut itse päihtyneenä ajoneuvoa.

Olen rikkonut omaisuutta tai varastanut.

Olen ollut seksisuhteessa, jota olen katunut jälkeenpäin.

En ole joutunut mihinkään vaikeuksiin.

Jos et ole joutunut vaikeuksiin, voit siirtyä kysymykseen 8.

7. Kuinka usein olet toiminut edellä mainitulla tavalla?

1. Kerran

2. Kahdesti

4. Useammin

8. Kuinka usein päihtymisen jälkeen olet unohtanut, mitä teit tai mitä tapahtui? ("Menikö muisti?")

0. En kertaakaan

1. Kerran

3. Useammin

9. Oletko "sammunut"?

0. En kertaakaan

1. Kerran

4. Useammin

10. Miksi käytät päihteitä?

Seuran vuoksi kavereiden kanssa

Hauskanpitoon

Rentoutumiseen

Helpottaakseni pahaa oloa

Humalan vuoksi tai saadakseni "päähän sekaisin"

Jonkin muun syyn takia, minkä _____

11. Millaiseksi arvioit oman päihteiden käyttösi?

12. Onko joku läheisesi tai ystäväsi ollut huolissaan päihteiden käytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit sitä?

Ei

Keskusteltu kerran

Keskusteltu useita kertoja

13. Tietävätkö vanhempasi, että käytät päihteitä?

Kyllä

Kyllä, mutta eivät tiedä kuinka paljon käytän.

Eivät

14. Kuuluuko lähiystäväpiiriisi joku, joka on kokeillut huuhausaineita?

Ei

Yksi henkilö

2–5 henkilöä

Useampi kuin 5 henkilöä

15. Miten vaikeaksi tai helpoksi arvioit nuorten mahdollisuudet hankkia huuhausaineita paikkakunnallasi?

Vaikeaksi

En osaa sanoa

Helpoksi

16. Mitä olet keskustellut vanhempiesi kanssa nuorten päihteiden käytöstä?

17. Mitä mieltä yleensä olet ikäistesi nuorten päihteiden käytöstä?