

TERVEYSKYSELY

Nimi _____ Syntymäaika _____

Sähköpostiosoite _____

EI KYLLÄ EN OSAA SANOA

Oireet viimeisen 6 kk aikana:

- | | | | |
|--|-----|-----|-----|
| 1. Onko Sinulla ollut rintakipuja? | ___ | ___ | ___ |
| 2. Onko Sinulla ollut rasitukseen liittyvää hengenahdistusta? | ___ | ___ | ___ |
| 3. Onko Sinulla huimausoireita tai rytmihäiriötuntemuksia? | ___ | ___ | ___ |
| 4. Onko Sinulla toistuvaa, liikkumista haittaavaa kipua?
(esim. selkä, polvi, lonkka) Missä ? | ___ | ___ | ___ |
-

- | | | | |
|--|-----|-----|-----|
| 5. Oletko tuntenut poikkeavan voimakasta uupumusta liikkeessäsi?
(esim. jalat ovat valahtaneet voimattomiksi) | ___ | ___ | ___ |
| 6. Aiheuttaako fyysinen rasitus Sinulle usein päänsärkyä? | ___ | ___ | ___ |

Todetut sairaudet:

- | | | |
|--|----|-------|
| 1. Onko Sinulla tai onko Sinulla ollut jokin/joitakin seuraavista: | EI | KYLLÄ |
| Sydänsairaus / muu verisuonisairaus mikä? _____ | EI | KYLLÄ |
| Korkea verensokeri | EI | KYLLÄ |
| Korkea veren kolesteroli | EI | KYLLÄ |
| Kohonnut verenpaine | EI | KYLLÄ |
| Aivohalvaus / aivoverenkierron häiriötä milloin? _____ | EI | KYLLÄ |
| Diabetes Tapaturma / leikkaus äskettäin milloin? _____ | EI | KYLLÄ |
| Astma Vakava / pitkäaikainen sairaus mikä? _____ | EI | KYLLÄ |
| Muita sairauksia tai oireita, mitä _____ | EI | KYLLÄ |
-

Lääkitys:

- | | | |
|--|----|-------|
| Käytätkö jotain lääkitystä säännöllisesti tai usein? | EN | KYLLÄ |
| Mitä? _____ | | |



RISKITEKIJÄT

Onko läheisellä sukulaisellasi ollut ennen 65 ikävuotta

sydänveritulppa, sydämen sepelvaltimoiden toimenpide tai sydänperäinen äkkikuolema? **EI KYLLÄ**

Tupakoitko säännöllisesti? **EN KYLLÄ**

Paljonko ____vrk Olen lopettanut ____ v. sitten

Kuumetta, flunssaista tai muuten poikkeavaa väsymystä viimeisen 2 viikon aikana: **EI KYLLÄ**

TERVEYSKYSELYTESTAAJA TÄYTTÄÄ:

Pituus _____ Paino _____ Vyötärö _____ Lantio _____ Verenpaine _____/_____

LIIKUNTA-AKTIIVISUUS VIIMEISEN KOLMEN KUUKAUDEN AIKANA

"Hikoillen ja hengästyen" Muu liikunta (sis. mm. työmatkat)

Ei lainkaan 1-2 krt/kuukausi 1 krt/viikko 2 krt/viikko 3 krt/viikko 4 krt/viikko 5 krt/viikko 6 krt/vko7krt

YHDEN LIIKUNTAKERRAN KESTO ____ min ____ min

Oma kuntoarvio (ympyröi): 1. heikko 2. välttävä 3. keskitasoinen 4. hyvä 5. erinomainen

SUOSTUMUS

Sinulle tehdään Fysioline oy:n fyysisen kunnon määrittämiseksi kestävyyskunnan testaus. Testiin voi osallistua, mikäli lääkäri ei ole todennut terveydellistä estettä. Testiin ei saa osallistua sairaana tai sairaudesta toipuvana. Kestävyystesti aloitetaan kevyellä verryttelyllä, jonka jälkeen kuormitusta lisätään tasaisesti 1-3 minuutin välein 85 %:n tasolle maksimisykkeestä (STARTTI) tai uupumukseen asti. Kestävyystesti lopetetaan jäähdyttelyyn kevyellä kuormalla.

Kestävyystesteihin liittyy sydämen ja verenkiertoelimistön ylikuormittumisen riski (rytmihäiriöt, hapenpuute). Jos testattava tunnistaa itsessään seuraavia oireita, on testi keskeytettävä välittömästi:

- lisääntyvä rintakipu - voimakas ja tilanteeseen ja rasitukseen nähden epäsuhteessa oleva

hengenahdistus - kova pohjekipu - pahoinvointi - tajunnan häiriö - vointi ei ole normaali

Testattavan on ilmoitettava oireilu testistä vastaavalle.

Olen selvillä testeihin liittyvistä mahdollisista riskeistä. Suostun toimimaan annettujen ohjeiden mukaisesti ja voin keskeyttää testit niin halutessani milloin vain.

____/____ 20 ____ Allekirjoitus _____

Valmistaudu testeihin oikein!

- Ei raskasta ateriointia 2 tuntiin ennen testiä
- Ei kahvia, teetä tai kolajuomia 2 tuntiin ennen testiä
- Ei tupakointia 5 tuntiin ennen testiä
- Ei alkoholia 48 tuntiin ennen testiä
- Vältä voimakasta fyysistä rasitusta testiä edeltävänä päivänä tai testipäivänä