

## KIPUKYSELY

Nimi	Henkilötunnus
Kotiosoite	
Puhelin	

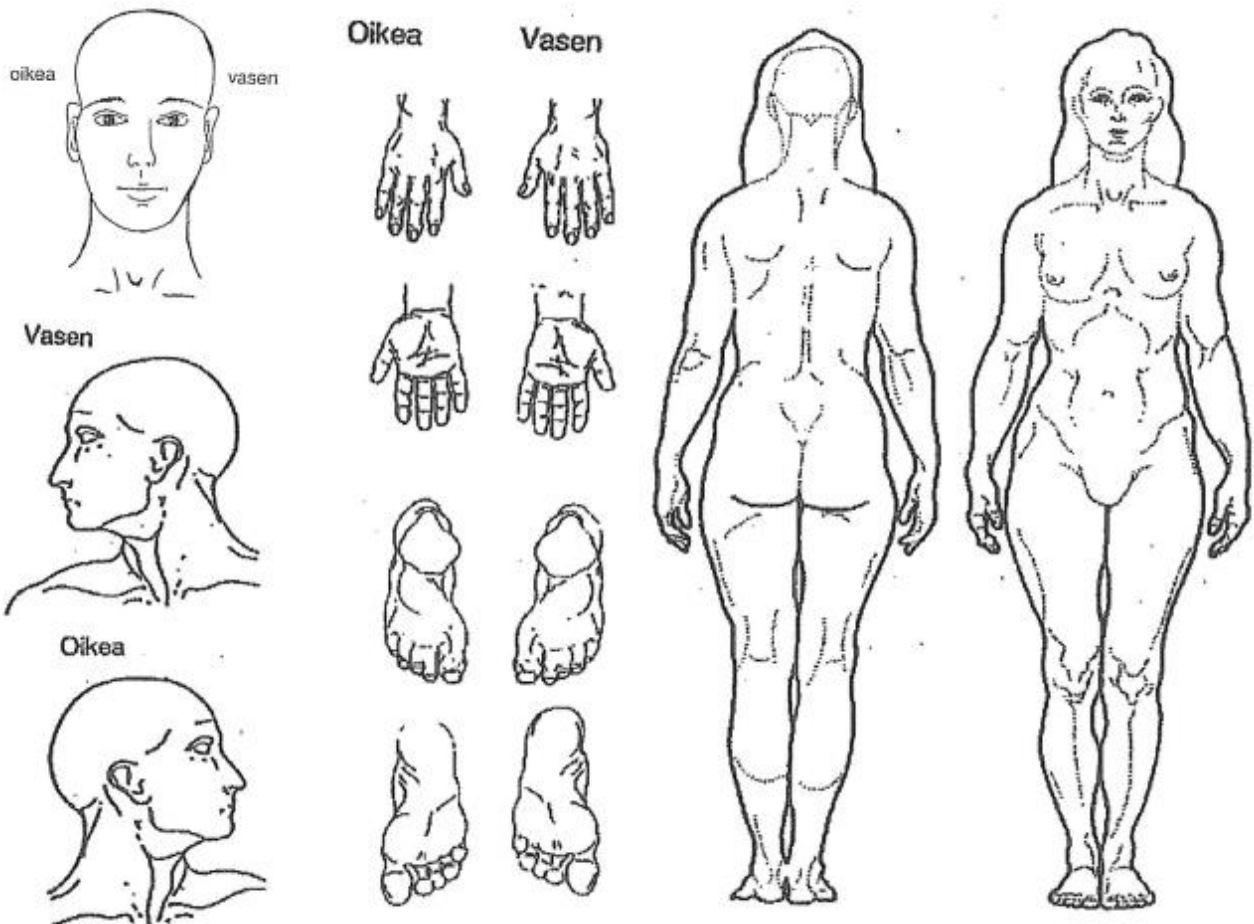
**1. Missä kipusi tuntuu?** Merkitse kuvaan kaikki paikat, joissa tunnet kipua. Käytä kipualueiden merkitsemisessä apuna seuraavia merkkejä kuvaamaan kivun luonnetta.

**Särky** XXXXXX (piirrä rasteilla)

**Aristava kipu** ===== (piirrä poikkiviivoilla)

**Polttava kipu** oooooo (piirrä ympyröillä)

**Tunnottomuus** ||||| (piirrä pystyviivoilla)



**2. Milloin kipua ilmeni ensimmäisen kerran?**

**3. Onko kipu**

	kyllä	ei	
jatkuvaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vaihtelevaa voimakkuudeltaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kohtauksittaista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Onko kipua			
useita kertoja viikossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
useita kertoja vuorokaudessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kuinka kauan kipukohtaukset kestävät?			
<input type="checkbox"/> sekunteja	<input type="checkbox"/> minuutteja	<input type="checkbox"/> tunteja	<input type="checkbox"/> päiviä

**4. Mitkä tekijät pahentavat kipua? (Esimerkiksi asento, lämpövaihtelut)****5. Millä tavoin voit lievittää kipuasi?****6. Mitä seuraavista pystyt tekemään kivusta huolimatta?**

	hyvin	jonkin verran	en lainkaan
pitämään yllä ihmissuhteita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keskittymään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
painamaan muistiin uusia asioita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nukkumaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nauttimaan parisuhteesta ja seksistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tekemään kotitöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harrastamaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matkustamaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuta, mitä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Millaiseksi koet voitisi kokonaisuudessaan? Ympyröi vointiasi kuvaava numero.

heikoin mahdollinen      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10      paras mahdollinen

**7. Mikä on suurin kivusta aiheutuva haitta?****8. Mikä on kipusi voimakkuus? Ympyröi kivun voimakkuutta kuvaava numero.**

kivuton      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10      pahin kuviteltavissa oleva kipu

**9. Kuinka rasittunut olet kipusi vuoksi tällä hetkellä? Ympyröi rasittuneisuuttasi kuvaava numero.**

ei lainkaan      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10      erittäin rasittunut

**10. Mikä olisi mielestäsi hyväksyttävä kivun voimakkuus, jos kipua ei saada kokonaan pois? Ympyröi hyväksyttävää kivun voimakkuutta kuvaava numero.**

kivuton    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    pahin kuviteltavissa oleva kipu

**11. Mistä arvelet kipusi johtuvan?**

**12a. Oletko huomannut mielialasi muuttuneen, ja jos niin miten?**

**12b. Arveletko mielialan muutoksen liittyvän kipuun?**

**13a. Mitä lääkkeitä on aiemmin kokeiltu kipusi hoitoon?**

Lääke	Annos/vrk	Auttoi	Ei auttanut	Aiheutti sivuvaikutuksia, mitä
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

**13b. Oletko allerginen jollekin lääkkeelle?**     en     kyllä, lääke \_\_\_\_\_

**14. Onko kipuasi hoidettu joillain seuraavista keinoista? Alleviivaa kyseiset hoitokeinot.**

	Auttoi	Ei auttanut
Rentoutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindfulness (tietoisuustaitoharjoittelu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS (hermostimulaatiohoito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puudutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu hoito, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Mitä sinulle tärkeitä asioita tekisit, jos kipusi olisi hallinnassa? Mainitse 2-3 tärkeintä.**

**16. Mitkä ovat omat tavoitteesi Kipuklinikan hoitojaksolle?**

**17a. Koulutuksesi**

- peruskoulu
- ammattikoulu
- lukio
- ammattikorkeakoulu
- yliopisto
- muu, mikä \_\_\_\_\_

**17b. Työtehtäväsi**

**18. Oletko työssä**

- kokopäiväisesti
- osapäiväisesti

**Oletko pois työstä**

- sairauslomalla \_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_ lähtien \_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_ asti
- kuntoutustuella \_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_ lähtien \_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_ asti
- työtön \_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_ lähtien
- eläkkeellä \_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_ lähtien
- muu syy, mikä?

Onko jonkin sosiaaliturva-asian käsittely kesken, minkä?

Toivotko sosiaalityöntekijän tapaamista?  kyllä  en

**19. Keitä kuuluu talouteesi?**

**20. Päihteet**

- en tupakoi  tupakoin \_\_\_\_\_ savuketta/vrk
- en käytä alkoholia  käytän alkoholia, laji \_\_\_\_\_ määrä \_\_\_\_\_ / viikko
- \_\_\_\_\_ / viikko
- \_\_\_\_\_ / viikko
- en käytä muita päihteitä  käytän muita päihteitä, laji \_\_\_\_\_ määrä \_\_\_\_\_ / viikko
- \_\_\_\_\_ määrä \_\_\_\_\_ / viikko

**21. Liikunta**

Harrastatko säännöllisesti liikuntaa?  kyllä  en  
Mitä lajia? \_\_\_\_\_ kertaa viikossa  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**22. Pituutesi**

**Painosi**

**23. Kuka on avohoidon hoitava lääkärisi?**

- Terveyskeskuslääkäri \_\_\_\_\_ toimipaikka \_\_\_\_\_
- Työterveyslääkäri \_\_\_\_\_
- Muu lääkäri \_\_\_\_\_

**24. Oletko hoidossa tai odotatko tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä muualta, mistä?**