

Potilaan nimi: _____ Päivämäärä: _____

Lomakkeen täytti: potilas omainen muu

Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen tai viimeisen käyntisi jälkeen

1. VERENKIERTOHAIRIÖIDEN EHKÄISY

Oletko saanut neuvontaa terveistä elintavoista tai lääkityksestä uuden aivoverenkiertohäiriön ehkäisemiseksi?

EI →

KYLLÄ →

2. PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

Onko sinun vaikeampi huolehtia itsestäsi?

EI →

KYLLÄ →

- Onko sinulla vaikeuksia pukeutua tai peseytyä?
- Onko sinulla vaikeuksia valmistaa lämpimiä juomia ja/ tai aterioita?
- Onko sinun vaikea päästä ulos?

3. LIIKUNTAKYKY

Onko sinun vaikeampi kävellä tai siirtyä turvallisesti sängystä tuoliin?

EI →

KYLLÄ →

- Saatko edelleen kuntoutusta?
- Kyllä
 - Ei

4. LIHASJÄYKKYYS

Onko sinulla toimintakykyäsi häiritsevää jäykkyyttä käsivarsissa, käsissä ja/tai jaloissa?

EI →

KYLLÄ →

5. KIPU

Onko sinulla uusia kipuja?

EI →

KYLLÄ →

6. VIRTSAN- TAI ULOSTEENKARKAILU

Kärsitkö virtsan- tai ulosteenkarkailusta, joka on lisääntynyt aivoverenkiertohäiriön sairastumisen jälkeen?

EI →

KYLLÄ →

7. KOMMUNIKAATIO

Koetko kommunikaation muiden kanssa olevan aiempaa vaikeampaa?

EI →

KYLLÄ →

8. MIELIALA

Oletko tuntenut enemmän ahdistusta tai masennusta?

EI →

KYLLÄ →

9. ÄLYLLISET TOIMINNOT

Koetko että sinun on vaikeampi ajatella, keskittyä tai muistaa asioita ja tämä haittaa päivittäistä toimintaa ja osallistumista?

EI →

KYLLÄ →

10. ELÄMÄ AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖN JÄLKEEN

Koetko sinulle tärkeitä asiat aiempaa vaikeampana (esim. vapaa-ajan toimet, harrastukset, työn tai ihmissuhteet)?

EI →

KYLLÄ →

11. PERHESUHTEET

Ovatko perhesuhteet muuttuneet vaikeammiksi tai kuormittavammiksi?

EI →

KYLLÄ →

12. MUUT OIREET

Onko sinulla muita oireita tai huolia, jotka häiritsevät toipumistasi tai haittaavat jokapäiväistä elämääsi?

EI →

KYLLÄ →

Mitä?