

Tällä lomakkeella voit kertoa työkyvystäsi ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Täytä lomake huolellisesti ja vastaa jokaiseen kysymykseen.
KAIKKI ANTAMASI TIEDOT KÄSITELLÄÄN LUOTTAMUKSELLISINA JA NE TULEVAT AINOASTAAN TYÖTERVEYDEN KÄYTTÖÖN.

Nimi: _____

Syntymäaika: _____ Ikä: _____

AMMATTI JA TYÖTEHTÄVÄ: _____

TYÖPAIKKA JA OSASTO: _____

Työhön liittyvät altisteet:
(fysikaaliset, kemialliset,
biologiset)

Käytätkö työssäsi
suojaimia, mitä?

Aiempi työkokemus/altisteet
työssä:

1. NYKYINEN TYÖKYKY

Oletetaan että työkykysi on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyllesi?

Täysin
työkyvytön

<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"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Työkyky parhaimmillaan

Missä määrin seuraavat asiat tukevat työssä jaksamistasi ja työssä selviytymistäsi

	Paljon	Vähän	Ei lainkaan
Koettu terveys ja työkyky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulutus ja osaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työympäristö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työyhteisö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työmotivaatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielekäs arki ja vapaa-aika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Työkyky työn vaatimusten kannalta

Millaiseksi arvioit nykyisen työkykysi työn:	erittäin hyvä	melko hyvä	kohtalainen	melko huono	erittäin huono
Fyysisten vaatimusten kannalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henkisten vaatimusten kannalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ennuste työkyvystä kahden vuoden kuluttua

Uskotko, että terveytesi puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä ammattissasi kahden vuoden kuluttua ?	melko varmasti	en ole varma	tuskin
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. TERVEYDENTILASI

Onko Sinulla todettuja perussairauksia?

Käytätkö säännöllisesti lääkkeitä, mitä?

Mahdolliset allergiat

Onko Sinulla jotain muita oireita, jotka vaikuttavat terveyteesi?

Onko sairauksistasi tai vammoistasi haittaa nykyisessä työssäsi? Ruksaa tarvittaessa useita vaihtoehtoja.

- Koen itseni täysin terveeksi ja hyvävointiseksi
- Ei haittaa lainkaan / ei ole lainkaan sairauksia
- Suoriudun työstä, mutta siitä aiheutuu oireita
- Joudun joskus keventämään työtahtia tai muuttamaan työskentelytapaa
- Joudun usein keventämään työtahtia tai muuttamaan työskentelytapaa
- Sairauteni vuoksi selviytyisin mielestäni vain osa-aikatyöstä
- Olen mielestäni täysin kykenemätön työhön

Kuinka monta kokonaista päivää olet ollut poissa työstä terveydentilasi vuoksi (sairauden tai terveyden hoito tai tutkiminen) viimeisen vuoden (12 kk) aikana?

- en lainkaan korkeintaan 9 päivää 10 – 24 päivää 25 – 99 päivää 100 – 365 päivää

Onko vanhemmillasi, sisaruksillasi tai isovanhemmillaasi ollut:

- sydän- ja verisuonisairaus
- diabetes
- verenpainetauti
- astma

3. PSYKKISET VOIMAVARAT

PERHETILANNE _____
Naimaton Avoliitossa Avioliitossa Eronnut Leski Jokin muu, mikä?

Onko Sinulla lapsia? kyllä ei

UNI JA PALAUTUMINEN

Onko sinulla vaikeuksia nukahtaa? kyllä ei

Nukutko riittävästi? kyllä ei Kuinka monta tuntia yleensä nukut yössä? _____

Koetko itsesi virkeäksi? kyllä ei

Teetkö yötyötä? kyllä ei

	usein	melko usein	silloin tällöin	melko harvoin	en koskaan
Palaudutko vapaa-aikana hyvin työn rasituksesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko viime aikoina kyennyt nauttimaan tavallisista päivittäisistä toimitasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko viime aikoina ollut toimielias ja vireä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko viime aikoina nähnyt tulevaisuutesi valoisanä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta? kyllä ei

Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta? kyllä ei

Onko Sinuun kohdistunut työssä tai lähisuhteissasi fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa, kaltoinkohtelua tai niiden uhkaa? kyllä ei

Mihin asioihin elämässäsi olet tyytyväinen?

Onko elämässäsi tällä hetkellä asioita, jotka huolestuttavat Sinua?

4. TERVEYSTOTTUMUKSET

RAVITSEMUS

Syön päivittäin: aamupala lounas illallinen iltapala 1-2 välipalaa

Kuinka usein syöt sokeripitoisia tai suolaisia herkkuja? _____

LIIKUNTA

En harrasta liikuntaa Harrastan liikuntaa, mitä / kuinka usein?

Muut harrastukset:

TUPAKOINTI JA MUUT PÄIHTEET

En ole tupakoinut Olen lopettanut koska: _____

Olen tupakoinut _____ vuotta Kuinka monta savuketta poltat päivässä? _____

Kuinka pian (minuuteissa) herättyäsi poltat ensimmäisen savukkeen?

alle 6 min 6-30 min 31-60 min yli 60 min

Oletko kiinnostunut lopettamaan tupakoinnin?

kyllä ei

Käytätkö nuuskaa / sähkötupakkaa?

kyllä ei

Oletko käyttänyt tai oletko kokeillut jotain muita päihteitä, esimerkiksi kannabistuotteita tai ekstaasia?

Jos vastasit kyllä, niin kerro mitä ja milloin?

kyllä ei

5. OMA TERVEYSSUUNNITELMA JA TAVOITTEET TYÖKYVYN YLLÄPITÄMISEKSI

Mikä on sinun oma terveystuunnitelmasi ja tavoitteet työkyvyn ylläpitämiseksi?

Keinot näiden saavuttamiseksi?

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

- | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| en koskaan | 0 | <input type="checkbox"/> |
| noin kerran kuussa tai harvemmin | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2-4 kertaa kuussa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 2-3 kertaa viikossa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 kertaa viikossa tai useammin | 4 | <input type="checkbox"/> |

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?

yksi annos on: pullo keskiolutta tai siideriä, lasi mietoa viiniä, pieni lasi väkevää viiniä tai ravintola-annos väkevää

- | | | |
|----------------|---|--------------------------|
| 1-2 annosta | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 3-4 annosta | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 5-6 annosta | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 7-9 annosta | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 10 tai enemmän | 4 | <input type="checkbox"/> |

3. Kuinka usein olet kerralla juonut kuusi tai useampia annoksia?

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| en koskaan | 0 | <input type="checkbox"/> |
| harvemmin kuin kerran kuussa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kerran kuussa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| kerran viikossa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| päivittäin tai lähes päivittäin | 4 | <input type="checkbox"/> |

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| ei koskaan | 0 | <input type="checkbox"/> |
| harvemmin kuin kerran kuussa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kerran kuussa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| kerran viikossa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| päivittäin tai lähes päivittäin | 4 | <input type="checkbox"/> |

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et juomisen vuoksi saanut tehdyksi jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| en koskaan | 0 | <input type="checkbox"/> |
| harvemmin kuin kerran kuussa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kerran kuussa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| kerran viikossa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| päivittäin tai lähes päivittäin | 4 | <input type="checkbox"/> |

6. Kuinka usein viime vuoden aikana juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| en koskaan | 0 | <input type="checkbox"/> |
| harvemmin kuin kerran kuussa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kerran kuussa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| kerran viikossa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| päivittäin tai lähes päivittäin | 4 | <input type="checkbox"/> |

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| en koskaan | 0 | <input type="checkbox"/> |
| harvemmin kuin kerran kuussa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kerran kuussa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| kerran viikossa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| päivittäin tai lähes päivittäin | 4 | <input type="checkbox"/> |

8. Kuinka usein viime vuoden aikana Sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| ei koskaan | 0 | <input type="checkbox"/> |
| harvemmin kuin kerran kuussa | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kerran kuussa | 2 | <input type="checkbox"/> |
| kerran viikossa | 3 | <input type="checkbox"/> |
| päivittäin tai lähes päivittäin | 4 | <input type="checkbox"/> |

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään Sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------|
| ei | 0 | <input type="checkbox"/> |
| on, muttei viimeisen vuoden aikana | 2 | <input type="checkbox"/> |
| kyllä, viimeisen vuoden aikana | 4 | <input type="checkbox"/> |

10. Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------|
| ei | 0 | <input type="checkbox"/> |
| on, muttei viimeisen vuoden aikana | 2 | <input type="checkbox"/> |
| kyllä viimeisen vuoden aikana | 4 | <input type="checkbox"/> |

11. Käytätkö muita päihteitä?

- | | | |
|------------------------|---|--------------------------|
| en | 0 | <input type="checkbox"/> |
| kyllä, jos kyllä, mitä | 1 | <input type="checkbox"/> |