

Neuvolan tehtävänä on lapsen kehityksen ja kasvun seurannan lisäksi vanhempien ja huoltajien hyvinvoinnin edistäminen sekä kasvatustyön ja turvallisen kasvuympäristön tukeminen. Vanhempien ja koko perheen hyvinvointi ja elintavat vaikuttavat lapsen arkeen ja elämään. Tämän johdosta neuvolassa kysytään myös vanhempien hyvinvointiin liittyviä tekijöitä ja käydään keskustelua perheen kokonaistilanteesta.

Toivomme teidän täyttävän tämän lomakkeen ja ottavanne sen mukaanne neuvolakäynnille. Lapsen asuessa kahdessa kodissa voidaan kummassakin täyttää oma lomake. Keskustelemme lomakkeen aiheista terveystarkastuksessa. Vastauksenne auttavat suuntaamaan tarkastusta perheenne tarpeiden ja toiveiden mukaiseksi.

Lomakkeen täyttäminen ja jokaiseen yksittäiseen kysymykseen vastaaminen on vapaaehtoista. Antamanne tiedot ovat luottamuksellisia, ja terveydenhuollon salassapitosäädökset koskevat niitä. Terveystarkastuksesta tehdään kirjaukset potilasasiakirjoihin, minkä jälkeen tämä lomake hävitetään. Neuvolan asiakirjat ovat osa hyvinvointialueen potilasrekisteriä.

<b>Perustiedot</b>	
Lapsen nimi	
Lapsen henkilötunnus	
Vanhempien / Huoltajien nimet	
Vanhempien / Huoltajien puhelinnumerot	
Lapsen sisarukset ja heidän syntymävuodet	
Onko perheessä	
<input type="checkbox"/>	Yhteishuoltajuus
<input type="checkbox"/>	Yksinhuoltajuus, kuka on huoltaja:
Lapsi asuu	
<input type="checkbox"/>	molempien vanhempien kanssa
<input type="checkbox"/>	toisen vanhemman kanssa (kuvaava asumisjärjestelyt tarkemmin)
<input type="checkbox"/>	vuoroasuminen (kuvaava asumisjärjestelyt tarkemmin)
<input type="checkbox"/>	muu järjestely (kuvaava asumisjärjestelyt tarkemmin)
<b>Arjen sujuminen</b>	
Mitkä asiat lapsessasi ilahduttavat sinua?	

Miten arkenne sujuu? Mitä teette yhdessä lapsen kanssa?				
Onko lapsen tai perheen arki muuttunut jollain tapaa viimeisen puolen vuoden aikana?				
Millaisena koet vanhemmuuden lapsen toisen vanhemman kanssa (mikäli lapsella on kaksi vanhempaa)?				
Onko sinulla huolta lapsen kasvusta ja kehityksestä?				
<b>Vanhemman mielialan kartoitus</b>				
Vanhemman mieliala voi muuttua ja muutokset voivat vaikuttaa lapsen hyvinvointiin. Neuvolassa kartoitetaan vanhemman mielialaa.				
Millaisena koet mielialasi? Onko jotakin, mistä haluisit keskustella käynnin yhteydessä?				
<b>Vanhemman parisuhde / kumppanuussuhde</b>				
Neuvolan tehtävänä on tukea vanhemmuutta lapsen hyvässä huolenpidossa ja parisuhteen hoitamisessa. Vanhemman parisuhde / kumppanuussuhde vaikuttaa vanhemman voimavaroihin, joten sen vuoksi neuvolassa kysytään myös vanhemman lähisuhteiden tilaa.				
Oletko parisuhteessa / kumppanuussuhteessa?				
<input type="checkbox"/>	kyllä			
<input type="checkbox"/>	ei			
	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Välillämme on hyvä keskusteluyhteys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meillä on riittävästi yhteistä aikaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen tyytyväinen seksuaalielämäämme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suhteemme on läheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen tyytyväinen parisuhteeseeni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotityöt jaetaan perheessämme oikeudenmukaisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuorottelemme aika ajoin lapsen hoidossa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyrimme tekemään mukavia asioita yhdessä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Vanhemman päihteiden käyttö</b>			
Vanhemman päihteiden käyttö voi vaikuttaa myös lapsen terveyteen ja hyvinvointiin, ja siksi neuvolassa kartoitetaan näitä tekijöistä.			
Perheessämme käytetään nikotiinituotteita.			
<input type="checkbox"/>	ei		
<input type="checkbox"/>	kyllä		
Mitä nikotiinituotteita perheessänne käytetään			
<input type="checkbox"/>	tupakka	<input type="checkbox"/>	sähkötupakka
<input type="checkbox"/>	nikotiinipussi	<input type="checkbox"/>	nuuska
<input type="checkbox"/>	nikotiinin korvaustuote		
Kuka perheessänne käyttää nikotiinituotteita			
<input type="checkbox"/>	minä	<input type="checkbox"/>	joku muu perheenjäsen
Altistuuko lapsesi tupakansavulle			
<input type="checkbox"/>	ei	<input type="checkbox"/>	kyllä
Perheessämme käytetään alkoholia			
<input type="checkbox"/>	ei	<input type="checkbox"/>	kyllä
Kuka perheessänne käyttää alkoholia			
<input type="checkbox"/>	minä	<input type="checkbox"/>	joku muu perheenjäsen
Vastaamalla AUDIT-testin kysymyksiin saat monipuolisen kuvan juomiseen mahdollisesti liittyvistä riskeistä ja haitoista. Valitse se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa omaa tilannettasi. Testin kysymykset koskevat viimeksi kulunutta vuoden jaksoa.			
<b>AUDIT-kysely</b>			
1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ota mukaan myös ne kerrat, jolloin juot vain pieniä määriä, esimerkiksi pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.			
<input type="checkbox"/>	En koskaan (0 p)		
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa tai harvemmin (1 p)		
<input type="checkbox"/>	2–4 kertaa kuussa (2 p)		
<input type="checkbox"/>	2–3 kertaa viikossa (3 p)		
<input type="checkbox"/>	4 kertaa viikossa tai useammin (4 p)		
2. Kuinka monta alkoholiannosta tavallisesti otat niinä päivinä, jolloin juot alkoholia?			
<input type="checkbox"/>	1–2 annosta (0 p)	 <p>Yksi alkoholiannos (= 12 grammaa) on:</p> <p>Pieni pullo tai tölkki (33 cl) keskiolutta tai siideriä</p> <p>Lasi (12 cl) mietoa viiniä</p> <p>Pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä</p> <p>Ravintola-annos (4 cl) väkeviä</p>	
<input type="checkbox"/>	3–4 annosta (1 p)		
<input type="checkbox"/>	5–6 annosta (2 p)		
<input type="checkbox"/>	7–9 annosta (3 p)		
<input type="checkbox"/>	10 annosta tai enemmän (4 p)		
3. Kuinka usein juot yhdellä juomakerralla kuusi tai useampia alkoholiannoksia?			
<input type="checkbox"/>	En koskaan (0 p)		
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)		
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)		
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)		
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)		

4. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle on käynyt niin, että et ole pystynyt lopettamaan alkoholin juomista, kun kerran olit sen aloittanut?	
<input type="checkbox"/>	Ei koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
5. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulta on juomisesi vuoksi jäänyt hoitamatta jokin asia joka sinun tavallisesti olisi kuulunut hoitaa?	
<input type="checkbox"/>	Ei koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
6. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tarvinnut runsaan juomisen jälkeisenä aamuna annoksen alkoholia saadaksesi itsesi liikkeelle.	
<input type="checkbox"/>	En koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
7. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen	
<input type="checkbox"/>	En koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
8. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle on käynyt niin, että et ole seuraavana päivänä pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia, koska olit juonut alkoholia?	
<input type="checkbox"/>	En koskaan (0 p)
<input type="checkbox"/>	Harvemmin kuin kerran kuussa (1 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran kuussa (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kerran viikossa (3 p)
<input type="checkbox"/>	Päivittäin tai lähes päivittäin (4 p)
9. Oletko itse tai onko joku muu vahingoittunut alkoholinkäyttösi vuoksi?	
<input type="checkbox"/>	Ei (0 p)
<input type="checkbox"/>	Kyllä, mutta ei viimeisen kuluneen vuoden aikana (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana (4 p)

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu terveydenhuollon työntekijä ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?	
<input type="checkbox"/>	Ei (0 p)
<input type="checkbox"/>	Kyllä, mutta ei viimeisen kulunen vuoden aikana (2 p)
<input type="checkbox"/>	Kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana (4 p)
Pisteet yhteensä	
0–7 pistettä: Alkoholinkäyttö on hallinnassa	
8–13 pistettä: Alkoholinkäyttö on runsasta	
14 pistettä tai yli: Päihderiippuvuus on todennäköinen. Alkoholinkäyttöä on vähennettävä.	

Perheessämme käytetään huumaavia aineita (lääkkeet, huumeet)			
<input type="checkbox"/>	ei	<input type="checkbox"/>	kyllä
Kuka perheessänne käyttää huumaavia aineita			
<input type="checkbox"/>	minä	<input type="checkbox"/>	joku muu perheenjäsen
<b>Lähisuhdeväkivallan kartoitus</b>			
Neuvolassa kysytään lähisuhdeväkivallasta vanhemmalta aina lapsen laajan terveystarkastuksen yhteydessä tai uudessa asiakkuudessa.			
Ilmeneekö perheessänne perheväkivaltaa tai psyykkistä ja/tai fyysistä kaltoinkohtelua			
<input type="checkbox"/>	ei / ei tiedossa	<input type="checkbox"/>	sisarusten välillä
<input type="checkbox"/>	kyllä, lapsiin kohdistuvaa		
<b>Seuraavat kysymykset on kohdistettu lomaketta täyttävälle vanhemmalle</b>			
Onko sinuun kohdistunut lähisuhteissasi jossakin elämänvaiheessa fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?			
<input type="checkbox"/>	kyllä	<input type="checkbox"/>	ei
Vaikuttaako kokemasi väkivalta edelleen terveyteesi, hyvinvointiisi tai elämänhallintaasi?			
<input type="checkbox"/>	kyllä	<input type="checkbox"/>	ei
Onko lähisuhteissasi tällä hetkellä fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?			
<input type="checkbox"/>	kyllä	<input type="checkbox"/>	ei
<b>Perheen voimavarat</b>			
Perheellenne voimia antavat asiat:			
Perhettämme kuormittavat asiat:			
Haluan kertoa lisäksi:			