

# Kipuhistoria\*

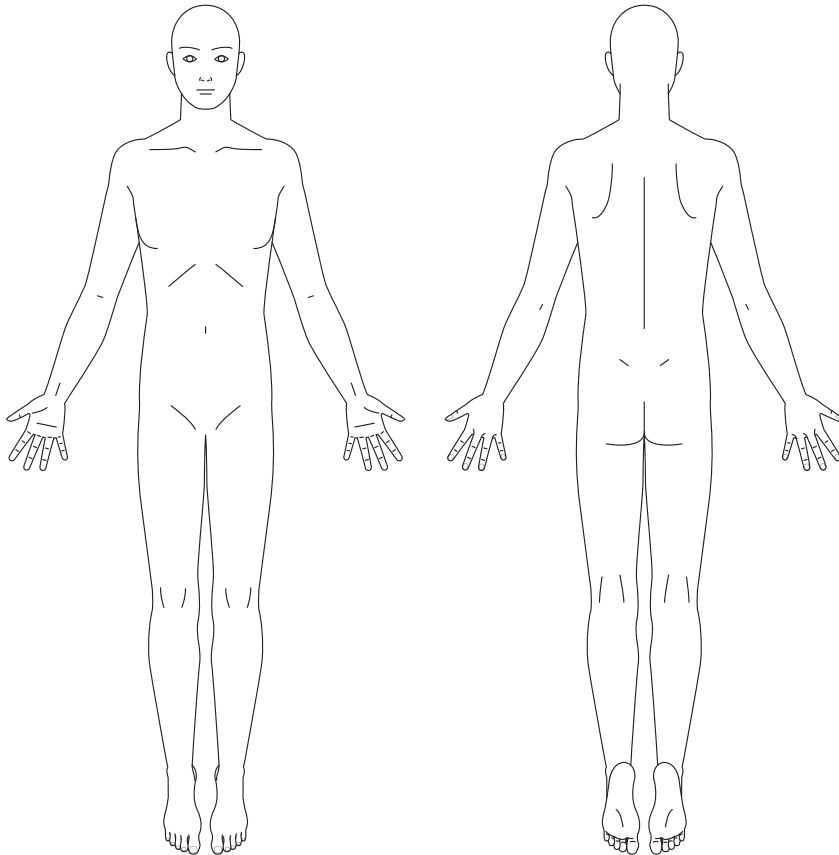
Nimi \_\_\_\_\_

Päivämäärä \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## KIPUTILANNE NYT

Merkitse kaikki ne alueet,  
joissa olet edellisen kuukauden aikana  
tuntenut kipua:

Särky = S  
Aristava kipu = A  
Polttava kipu = P



Onko sinulla myös kipua tai särkyä, joka ”vaeltaa kehossa” eli vaihtaa herkästi paikkaa, etkä osaa merkata sitä kipua kuvaan?  Kyllä  Ei

Mikä kivuistasi on kaikkein hankalin? \_\_\_\_\_

---



---

Minkä kivun kanssa pärjät parhaiten? \_\_\_\_\_

---



---

Kuinka usein sinulla on kipua?

- Koko ajan     Joka päivä, mutta ei joka hetki     Joka viikko, mutta ei joka päivä  
 Joka kuukausi, mutta ei joka viikko  
 Harvemmin (välillä pidempiä aikoja, jopa kuukausia kivuton)

Lääkärin tekemät diagnoosit (nykyisiin kipuihin liittyen): \_\_\_\_\_

---



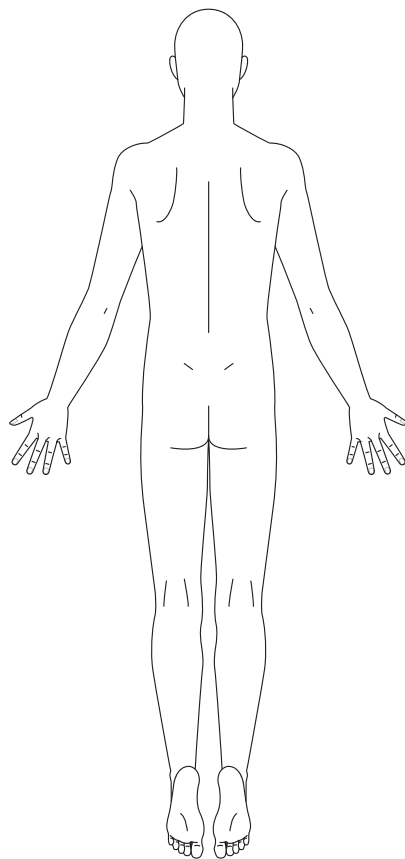
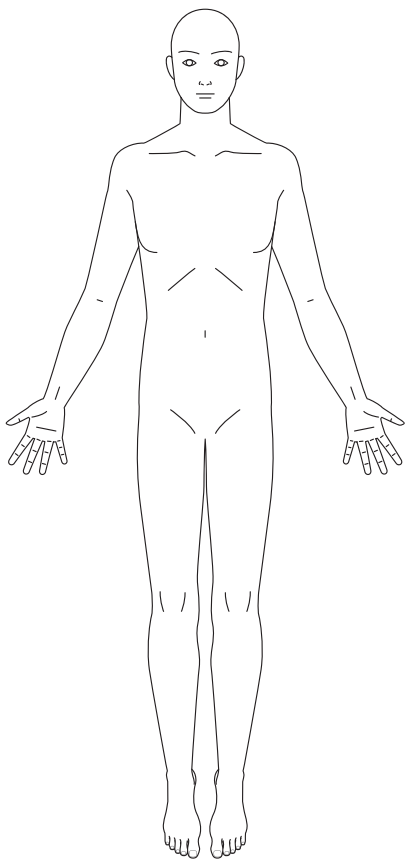
---

# Kipuhistoria\*

## AIKAISEMMAT KIVUT

Merkitse kaikki ne alueet, joissa olet aikaisemmin elämässä tuntenut kipua:

Särky = S  
Aristava kipu = A  
Polttava kipu = P



Oliko sinulla lapsena ja nuorena samoja kipuja kuin nykyisin? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oliko sinulla lapsena ja nuorena muita kipuja kuin nykyisin? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kärsitkö lapsena kovista kasvukivuista? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jos olet nainen, oliko sinulla nuorena kovia kuukautiskipuja? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Synnyitkö keskosena? \_\_\_\_\_

Oliko lapsuuden perheessäsi tai lähipiirissäsi ihmisiä, jotka kärsivät kivuista?

\_\_\_\_\_

\*Perustuu Helena Mirandan Ota kipu haltuun -materiaaleihin

# Kipuhistoria - kivun vaikutus arkielämään\*

3/3

Pystytkö **liikkumaan** tai jaksatko liikkua?  Kyllä  Ei

Kuinka usein? \_\_\_\_\_

Minkälaista liikuntaa harrastat? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitä muuta pystyt tekemään/harrastamaan kivusta huolimatta (vapaa-aikanasi)?

\_\_\_\_\_

Mitä et pysty enää tekemään kivun vuoksi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jos olet **työelämässä**:

- Onko työsi fyysisesti rasittavaa?  Kyllä  Ei
- Istutko pitkään paikallasi päivän aikana?  Kyllä  Ei
- Onko työssäsi henkisesti kuormittavia tekijöitä?  Kyllä  Ei
- Parhaat asiat työssäsi? \_\_\_\_\_

Miten kipu on vaikuttanut **nukkumiseesi**? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miten nukuit ennen nykyisten kipujen alkamista/pahenemista?

\_\_\_\_\_

Miten kipu on vaikuttanut **mielialaasi**? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Minkälainen oli mielialasi ennen kipujen alkamista/pahenemista? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitä **omia keinoja** sinulla on kivun hallitsemiseksi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitä omahoitokeinoja olet kokeillut, ja mistä ei ole ollut apua? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitä **hoitoja** olet kipuihisi saanut? \_\_\_\_\_

Mistä on ollut apua? \_\_\_\_\_

Mitkä eivät sopineet sinulle (koit enemmän haittaa kuin hyötyä)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitä **lääkkeitä** käytät kipuun, ja oletko saanut niistä apua? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitä lääkkeitä olet käyttänyt aiemmin? \_\_\_\_\_

Miten ne vaikuttivat, minkälaisia sivuvaikutuksia niistä tuli? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Leikkaukset** elämän aikana: \_\_\_\_\_

Onko sinulla muita oireita ja sairauksia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_