

ENNAKOIVA TOIMINTAKYKYKARTOITUS

pvm: _____

Asiakkaan nimi: _____

hetu: _____

Kyllä Ei Koti ja toimintaympäristö

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Asutteko yksin? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Pääsettekö itse ulos? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Pystyttekö liikkumaan ja toimimaan kotona ja lähiympäristössä esteittä? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Selviättekö portaissa itsenäisesti? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Ovatko kulkuyhteydet palvelu- ja asiointipaikkoihin saatavilla? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Haluaisitteko muuttaa jotain kodissanne tai ympäristössänne ikääntymistä ajatellen? |

Kyllä Ei Sosiaaliset suhteet ja ympäisö

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Onko teillä ystäviä/sukulaisia, joiden kanssa pidätte säännöllisesti yhteyttä? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Tunnetteko itsenne yksinäiseksi? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Huolehditteko jostakin henkilöstä, joka tarvitsee apuanne? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Onko teillä henkilöä, joka auttaa teitä, jos sairastutte tai joudutte hätätilanteeseen? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Tunnetteko olonne turvattomaksi? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Oletteko tyytyväinen taloudelliseen tilanteeseenne? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Pystyttekö osallistumaan riittävästi kotinne ulkopuolisiin asiointeihin, tapahtumiin tai harrastuksiin? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Käytättekö alkoholia enemmän kuin yhden annoksen kerrallaan tai seitsemän annosta viikossa?
Yksi annos on pieni pullo keskiolutta tai siideriä, 12 cl mietoa tai 8 cl väkevää viiniä, 4 cl viinaa (40%) |

Kyllä Ei Arkipäivän toiminnot ja liikkuminen

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Suoriudutteko henkilökohtaisista päivittäisistä toimistanne (peseytyminen, pukeutuinen)? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Pystyttekö itse huolehtimaan kodinhoitoon liittyvistä tehtävistä? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Harrastatteko liikuntaa tai ulkoilua vähintään viisi kertaa viikossa? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Onko liikkumisenne määrä vähentynyt viimeisen puolen vuoden aikana? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Käytättekö liikkumisen apuvälinettä? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Vaikeuttaako kipu tai joku muu syy (esim. virtsavaiva) päivittäisiä toimianne? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Oletteko kaatunut tai onko teille sattunut tapaturmia viimeisen puolen vuoden aikana? |

Kyllä Ei Ravitsemus

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Syöttekö vähintään kerran päivässä lämpimän aterian? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Ruokailetteko vähintään neljä kertaa päivässä (sisältäen pääruoan, välipalat)? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Onko ruokahalunne pysynyt ennallaan? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Onko painonne pysynyt ennallaan viimeisen puolen vuoden aikana? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Hankaloittaako suun tai hampaiden kunto syömistä? |

Kyllä Ei Uni, mieliala ja muisti

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Oletteko nukkunut hyvin viimeisen kuukauden aikana? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Oletteko tuntenut itsenne viimeksi kuluneen kuukauden aikana usein alakuloiseksi, masentuneeksi? |
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Oletteko itse tai onko läheisenne ollut huolissaan muistinne vaikeuksista? |

Kyllä Ei Lääkitys

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | Onko teillä kysymyksiä lääkkeiden käyttöön liittyen? |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--|

Kyllä Ei Näkö ja kuulo

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Näettekö lukea sanomalehteä laseilla tai ilman? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Kuuletteko tavallisen puheen? |
| 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | Käytättekö teille hankittua kuulolaitetta? |