

ID



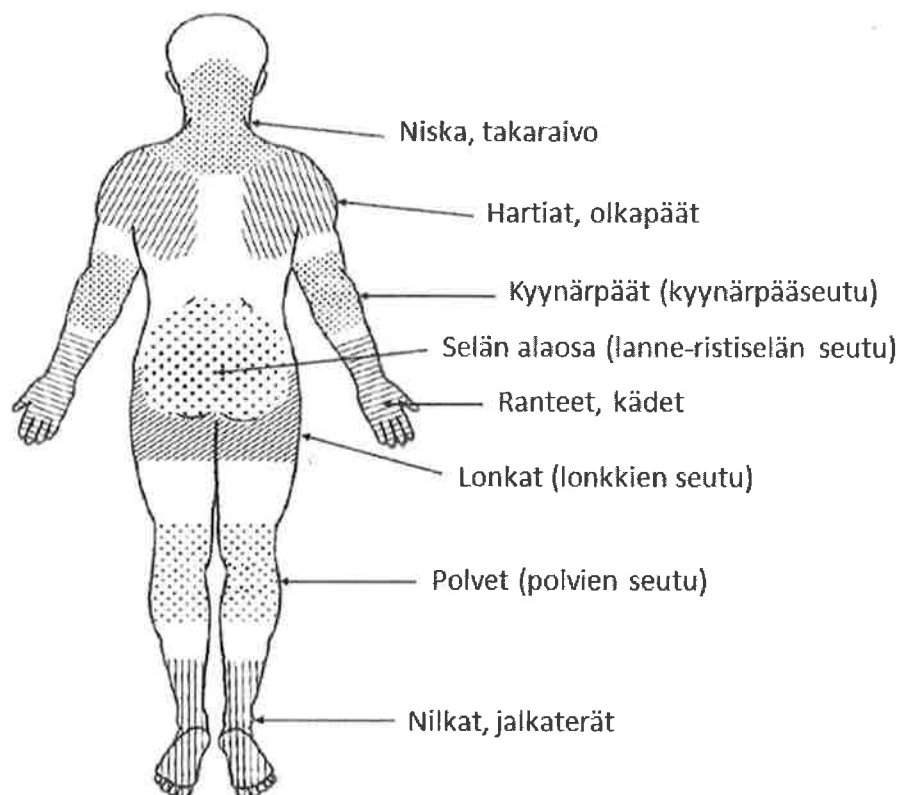
OULUN YLIOPISTO
UNIVERSITY of OULU

POHJOIS-SUOMEN KOHORTTI 1966:N HYVINVOINTI- JA
TERVEYSTUTKIMUSOHJELMA

Tuki- ja liikuntaelimistön oireet

Lannerangan magneettikuvaus

Lomakkeen täyttöpäivämäärä |__|__|__|__| 20|__|__|



1. Onko sinulla koskaan ollut kipua tai särkyä seuraavissa ruumiinosissa? (oheisessa kuvassa ovat ne alueet, joita kysymykset koskevat; käytä sitä apuna vastatessasi)

Vastaa alla oleviin kysymyksiin vain, jos sinulla on ollut kyseisellä alueella kipua tai särkyä

Oletko koskaan ollut tällaisen kivun takia tutkittavana tai hoidettavana lääkärin, lääkintävoimistelijan, kiropraktikon tms. luona?

Onko sinulla viimeisen 12 kk aikana ollut kipua tai särkyä kyseisellä alueella?

	Ei	Kyllä	En	Kyllä	Ei	Kyllä, <u>oikealla</u>	Kyllä, <u>vasemmalla</u>
Niska, takaraivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin
Kyynärvarteen tai käteen säteilevä niskakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin

Onko sinulla koskaan ollut kipua tai särkyä seuraavissa ruumiinosissa?

(oheisessa kuvassa ovat ne alueet, joita kysymykset koskevat; käytä sitä apuna vastatessasi)

Vastaa alla oleviin kysymyksiin vain, jos sinulla on ollut kyseisellä alueella kipua tai särkyä

Oletko koskaan ollut tällaisen kivun takia tutkittavana tai hoidettavana lääkärin, lääkintävoimistelijan, kiropraktikon tms. luona?

Onko sinulla viimeisen 12 kk aikana ollut kipua tai särkyä kyseisellä alueella?

	Ei	Kyllä	En	Kyllä	Ei	Kyllä, <u>oikealla</u>	Kyllä, <u>vasemmalla</u>
Hartia-olkapää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin
Käsivarsissa tai kynnärpäissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin
Ranteissa, käsissä tai sormissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin
Selän alaosa (=lanne-ristiselkä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin
Alaselkäkipu, johon on liittynyt alaraajaan polven alapuolelle säteilevää kipua tai puutumista (iskias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin

Onko sinulla koskaan ollut kipua tai särkyä seuraavissa ruumiinosissa? (oheisessa kuvassa ovat ne alueet, joita kysymykset koskevat; käytä sitä apuna vastatessasi)			Vastaa alla oleviin kysymyksiin vain, jos sinulla on ollut kyseisellä alueella kipua tai särkyä					
			Oletko koskaan ollut tällaisen kivun takia tutkittavana tai hoidettavana lääkärin, lääkintävoimistelijan, kiropraktikon tms. luona?			Onko sinulla viimeisen 12 kk aikana ollut kipua tai särkyä kyseisellä alueella?		
	Ei	Kyllä	En	Kyllä	Ei	Kyllä, <u>oikealla</u>	Kyllä, <u>vasemmalla</u>	
Pitkäkestoinen, yli 3 kk kestänyt alaselkäkipu, johon on liittynyt alaraajaan polven alapuolelle säteilevää kipua tai puutumista (iskias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	
Lonkissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	
Nilkoissa, jalkaterissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oikealla <input type="checkbox"/> Vasemmalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> 1–7 päivänä <input type="checkbox"/> 8–30 päivänä <input type="checkbox"/> Yli 30 päivänä mutta ei päivittäin <input type="checkbox"/> Päivittäin	

2. Jos sinulla on ollut alla lueteltuja tuki- ja liikuntaelinkipuja viimeisen 12kk aikana, miten voimakkaaksi ja haittaavaksi olet kivut kokenut?

0 = "ei haittaa" / "ei kipua"

10 = "estää toiminnan" / "pahin mahdollinen kipu"

Selän alaosa (=lanne-ristiselkä)

Voimakkuus

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Haittaavuus (= yhteensä työssä, vapaa-aikana ja nukkuessa)

Alaselkäkipu, johon on liittynyt alaraajaan polven alapuolelle säteilevää kipua tai puutumista (iskias)

Voimakkuus

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Haittaavuus (= yhteensä työssä, vapaa-aikana ja nukkuessa)

Pitkäkestoinen, yli 3 kk kestänyt alaselkäkipu, johon on liittynyt alaraajaan polven alapuolelle säteilevää kipua tai puutumista (iskias)

Voimakkuus

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Haittaavuus (= yhteensä työssä, vapaa-aikana ja nukkuessa)

