

Nimi: _____ Työpaikka: _____ Päivämäärä: _____

Kuinka kauan olet tehnyt yhteensä vuorotyötä? _____ vuotta.

Paljonko teet yövuoroja kolmen viikon listalla? _____

Kuinka tyytyväinen olet nykyiseen työhösi?

erittäin tyytyväinen __, melko tyytyväinen __, neutraali __, melko tyytymätön __, erittäin tyytymätön __

Miten nykyinen vuorojärjestelmä vaikuttaa (ympyröi numerot)

	Häiritsee paljon	Häiritsee jonkin verran	Ei häiritse eikä helpota	Helpottaa paljon
a. Uneen ja vireyteen	1	2	3	4
b. Työssä jaksamiseen	1	2	3	4
c. Terveystilaan	1	2	3	4
d. Sosiaaliseen elämään	1	2	3	4
e. Perhe-elämään	1	2	3	4
f. Harrastuksiin	1	2	3	4

Onko työpaikalla ongelmia työvuorojen järjestelyissä? Jos on, niin millaisia?

Miten hyvin henkilökohtaiset toivomukset otetaan huomioon työvuorolistaa laadittaessa?

Kuinka monta tuntia nuket keskimäärin vuorokaudessa?

Aamuvuoron jälkeen _____, iltavuoron jälkeen _____, yövuoron jälkeen _____

Onko sinulla ollut unettomuutta tai unen laadun heikkoutta viimeisen 3 kk aikana?

Kyllä ___ / Ei ___

Onko sinulla ollut voimakasta väsymystä ja/tai nukahtelua työssä tai vapaa-ajalla viimeisen 3 kk aikana? Kyllä ___ / Ei ___

Onko sinulla ollut voimakasta kuorsaamista viimeisen 3 kk aikana? Kyllä ___ / Ei ___

Onko sinulla ollut unen aikaisia hengityskatkoksia viimeisen 3 kk aikana? Kyllä ___ / Ei ___

Kuinka usein viimeisen 3 kk aikana väsymys on heikentänyt työssä suoriutumistasi?

Ei koskaan ___ Harvoin ___ Melko usein ___ Usein/ Jatkuvasti ___

Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi? (ympyröi numero)

Täysin työkyvytön 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Työkyky parhaimmillaan

Millaiseksi koet työkykysi verrattuna työkykyysi 2 vuotta sitten?

Parempi ___ Samanlainen ___ Huonompi ___

Montako päivää olet ollut pois töistä sairauden takia viimeisen vuoden aikana? _____ päivää.

Onko sinulla ollut viimeisen puolen vuoden aikana ollut seuraavia oireita?

Ruokahaluttomuutta: Kyllä ___ Ei ___
Närästystä: Kyllä ___ Ei ___
Vatsakipua: Kyllä ___ Ei ___
Ilmavaivoja: Kyllä ___ Ei ___
Ummetusta: Kyllä ___ Ei ___
Ripulia: Kyllä ___ Ei ___

Sydämen rytmihäiriöitä: Kyllä__ Ei__
Rintakipua: Kyllä__ Ei__
Silmäoireita: Kyllä__ Ei__
Päänsärkyä: Kyllä__ Ei__
Alaselän kipuja: Kyllä__ Ei__
Niska-hartiakipuja: Kyllä__ Ei__
Keskittymisvaikeuksia: Kyllä__ Ei__
Stressiä: Kyllä__ Ei__

Onko sinulla jokin sairaus tai vaiva, jonka vuoksi saat jatkuvaa hoitoa tai lääkitystä?

Tupakointi _____

Alkoholin käyttö _____

Liikunnan harrastaminen _____

Ravinto _____

Lähisuvun sairaudet _____

Millaiset ovat työtoverien välit?

Millainen on työpaikkasi ilmapiiri?

Saatko tarvittaessa tukea esimieholtäsi? Kyllä ___ / Ei ___

Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta? Kyllä__ Ei __

Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta? Kyllä__ Ei __

Mitkä asiat työpaikallasi vaikuttavat työhyvinvointiisi myönteisesti?

Mitkä asiat työpaikallasi heikentävät työhyvinvointiasi?

Työterveyshoitaja täyttää:

Pituus

Paino

Verenpaine

Näkö

Hampaat hoidettu / tarkastettu

Rokotukset

Tietojen anto, neuvonta ja ohjaus