

# Valmistaudu vastaanottokäynnille

Voit tehdä paljon vastaanottokäyntisi onnistumiseksi. Ennen vastaanottokäyntiä testaa astmasi tilanne ja kirjaa voitisi viimeisen puolen vuoden ajalta. Listaa myös asiat, joihin tarvitset ohjausta tai neuvoja sekä asiat, joista haluat kysyä.

## Tee astmatesti

[www.astmatesti.fi](http://www.astmatesti.fi)

Testi kuvaa astman tasapainoa viimeisen neljän viikon aikana.

Testin yhteispistemäärä >

Tulosta testi mukaasi.

## Tee PEF-mittauksia viikon ajan

PEF mittaa, kuinka nopeaan uloshengitykseen pystyt syvän sisäänhengityksen jälkeen ja kuvaa hengitysteiden ahtautumista.

Ohje PEF-mittauksen tekemiseen:

[www.hengityслиitto.fi/astma](http://www.hengityслиitto.fi/astma)

Ota mukaan viikon mittauksien tulokset.

## Kirjaa lääkitys

Kirjaa kaikki käyttämäsi lääkkeet. Muista kirjata myös saamasi rokotukset ja käyttämäsi ilman reseptiä ostetut lääkkeet (itsehoito- ja luontaislääkkeet). Voit myös listata lääkkeesi lääkelistaan osoitteessa [www.laakekortti.fi](http://www.laakekortti.fi) ja tulostaa sen mukaasi. Ota mahdolliset paperireseptit mukaan ja pyydä tarvittaessa apteekista yhteenveto eResepteistäsi.

Lääkkeet, joille olet allerginen:

Kysymykset tai epäselvyydet liittyen lääkkeisiin tai lääkkeenottotekniikkaan:

## YLEISVOINTI

Onko sinulla oireita, jotka vaikuttavat vointiisi? Kuinka kauan tai usein niitä on ollut, pahentaako tai helpottaako jokin oireita?

## MUUT SAIRAUDET

Mitä muita sairauksia sinulla on? Miten ne mielestäsi vaikuttavat vointiisi ja astman hoitoon?

## SUUN HOITO

Hengitettävät lääkkeet voivat aiheuttaa erilaisia oireita kuten suun kuivumista, sammasta, tulehduksia tai äänen käheytymistä. Kirjaa mahdolliset oireesi. Muista suunhoito lääkkeenoton yhteydessä ja säännöllinen hammashoito.

## ARJESTA SELVIYTYMINEN

Onko sinulla hankaluuksia selviytyä arjesta? Millaisia hankaluuksia?

## OMAOITO

kyllä



tarvitsen  
ohjausta



- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tunnen astman sairautena                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tunnen lääkehoitoni ja toteutan sitä lääkärin ohjeen mukaan |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiedän miten seuraan astmaani                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | – astmatestin avulla  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | – tiedän miksi, miten ja milloin PEF-seuranta tehdään       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osaan toimia astman pahenemisvaiheessa                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liikun säännöllisesti                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Astmani ei haittaa unta ja lepoa                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En käytä tupakkatuotteita (tupakka, nuuska, sähkösavuke)    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Painoni on hallinnassa                                      |

Lisäksi tarvitsen ohjausta ja neuvoja omahoidon toteuttamiseksi seuraavissa asioissa:

Mahdolliset muut huolenaiheet: