

# Lääkehoidon onnistumisen tarkistuslista LOTTA

## 8 kysymystä lääkehoidostasi



Vastaa alla oleviin kysymyksiin.  
Merkitse rasti ruutuun sen vaihtoehdon kohdalle,  
joka kuvaa tilannettasi parhaiten.  
Jos vastaat useaan kysymykseen

"kyllä" tai "en osaa sanoa",  
ota yhteyttä apteekkiisi, lääkäriisi tai hoitajaasi.  
Ota yhteyttä myös, jos sinulle herää kysymyksiä,  
kun täytät tarkistuslistaa.

### 1. Puuttuuko sinulta paperinen tai sähköinen lista kaikista lääkkeistä, joita tällä hetkellä käytät?

Listassa pitäisi olla:

- Lääkärin määräämät lääkkeet
- Muut lääkkeet
- Vitamiinit
- Hivenaineet
- Luontaistuotteet
- Rohdosvalmisteet.

kyllä  ei  en osaa sanoa

### 2. Hoitaako sinua useampi lääkäri, esimerkiksi terveyskeskuslääkäri, erikoislääkäri, yksityislääkäri?

kyllä  ei  en osaa sanoa

### 3. Puuttuuko lääkehoidostasi säännöllinen seuranta, esimerkiksi kontrollikäynnit tai kotimittaukset?

kyllä  ei  en osaa sanoa

### 4. Onko sinulla ollut viimeisten 4 viikon aikana jokin seuraavista oireista, joka on toistuvasti häirinnyt normaalia elämääsi?

	kyllä	ei	en osaa sanoa
• Tunnet epätavallista väsymystä tai uneliaisuutta päivällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tunnet huimausta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kaatuilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sinulla on virtsaamisvaikeuksia (virtsa ei tule kunnolla tai karkaa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sinulla on pahoinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sinulla on ummetusta tai muita vatsavaivoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sinulla on muistihäiriöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Koet olosi sekavaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Saat herkästi mustelmia tai nenästä vuotaa herkästi verta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Suusi on epätavallisen kuiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. Onko sinulle epäselvää, kuinka kauan lääkehoitosi jatkuu?

Onko lääkehoitosi pysyvää vai onko se määräaikainen kuuri vai onko kyseessä lääke, jota otat tarvittaessa?

kyllä  ei  en osaa sanoa

### 6. Onko sinulla ollut seuraavia vaikeuksia, kun otat lääkettä:

Et tarkalleen tiedä, miksi tai mihin vaivaan käytät lääkkeitäsi

kyllä  ei  en osaa sanoa

Sinun on vaikea ottaa lääkkeet ohjeiden mukaisesti, esimerkiksi

- et ymmärrä annosteluohjeita
- et muista ottaa lääkkeitä ajallaan
- lääkkeiden otto ei sovi päivärytmiin

kyllä  ei  en osaa sanoa

Sinun on vaikea annostella lääkkeitä, esimerkiksi

- et tiedä, miten silmätipat tiputetaan tai silmätippojen tiputtaminen on vaikeaa
- et tiedä, miten annostelet astmalääkkeet tai astmalääkkeen annostelu on vaikeaa
- et osaa pistää lääkkeitä itse tai lääkkeiden pistäminen on vaikeaa
- sinun on vaikea avata lääkepakkausta
- sinun on vaikea puolittaa tabletteja

kyllä  ei  en osaa sanoa

Sinun on vaikea niellä tabletteja tai kapseleita

kyllä  ei  en osaa sanoa

### 7. Koetko, että lääkärin määräämä lääke ei ole sinulle sopiva?

kyllä  ei  en osaa sanoa

### 8. Joudutko tinkimään rahatilanteesi vuoksi lääkkeistä, jotka ovat sinulle välttämättömiä?

kyllä  ei  en osaa sanoa