

# CCNC Pregnancy Home Risk Screening Form

Practice Name: \_\_\_\_\_

First name: \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Last name: \_\_\_\_\_ Medicaid ID#: \_\_\_\_\_ Today's date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
EDC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ By what criteria:  LMP  1<sup>st</sup> trimester U/S  2<sup>nd</sup> trimester U/S  Other: \_\_\_\_\_  
Height: \_\_\_\_\_ Pre-pregnancy weight: \_\_\_\_\_ Gravidity: \_\_\_\_\_ Parity: \_\_\_\_\_  
Insurance type:  Medicaid  None  Other: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## CURRENT PREGNANCY

- \*Multifetal gestation
  - \*Fetal complications:
    - Fetal anomaly
    - Fetal chromosomal abnormality
    - Intrauterine growth restriction (IUGR)
    - Oligohydramnios
    - Polyhydramnios
    - Other: \_\_\_\_\_
  - \*Chronic condition which may complicate pregnancy:
    - Diabetes
    - Hypertension
    - Asthma
    - Mental illness
    - HIV
    - Seizure disorder
    - Renal disease
    - Systemic lupus erythematosus
    - Other(s): \_\_\_\_\_
  - \*Current use of drugs or alcohol/recent drug use or heavy alcohol use (month prior to learning of pregnancy)
  - \*Late entry into prenatal care (>14 weeks)
  - \*Hospital utilization in the antepartum period
  - \*Missed 2+ prenatal appointments
  - Cervical insufficiency
  - Gestational diabetes
  - Vaginal bleeding in 2<sup>nd</sup> trimester
  - Hypertensive disorders of pregnancy
    - Eclampsia
    - Preeclampsia
    - Gestational hypertension
    - HELLP syndrome
  - Short interpregnancy interval (<12 months between last live birth and current pregnancy)
  - Current sexually transmitted infection
  - Recurrent urinary tract infections (>2 in past 6 months, >5 in past 2 years)
  - Communication barriers:
    - Literacy
    - Disability
- Explain: \_\_\_\_\_
- Non-English speaking
- Primary language: \_\_\_\_\_

Practice phone no: \_\_\_\_\_

Next prenatal appt: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

No changes since last screen

## OBSTETRIC HISTORY

\*Preterm birth (<37 completed weeks)  
Gestational age(s) of previous preterm birth(s):  
\_\_\_\_\_ weeks, \_\_\_\_\_ weeks, \_\_\_\_\_ weeks

At least one spontaneous preterm labor and/or rupture of the membranes<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>If this is a singleton gestation, this patient is eligible for 17P treatment.*

- \*Low birth weight (<2500g)
- \*Very low birth weight (<1500g)
- Fetal death >20 weeks
- Neonatal death (within first 28 days of life)
- Second trimester pregnancy loss
- Three or more first trimester pregnancy losses
- Cervical insufficiency
- Gestational diabetes
- Postpartum depression
- Hypertensive disorders of pregnancy
  - Eclampsia
  - Preeclampsia
  - Gestational hypertension
  - HELLP syndrome

\*Provider requests pregnancy care management

Reason(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Provider comments/notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Items marked with a \* will trigger follow-up by a pregnancy care manager.

Name of person completing form: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

## Formulario de Evaluación de Riesgo del Embarazo de CCNC

Complete este lado del formulario y entréguésela a la enfermera o el médico. Por favor responda lo más honestamente posible para que podamos proporcionarle el mejor cuidado para usted y su bebé. El equipo de cuidado mantendrá esta información privada.

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Fecha de hoy: _____
Dirección física: _____	Ciudad: _____	ZIP: _____
Dirección de correo: _____	Ciudad: _____	ZIP: _____
Condado: _____	Número de teléfono de la casa: _____	Número de teléfono del trabajo: _____
Número de teléfono celular: _____	Número de Seguro Social: _____	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano
<input type="checkbox"/> Islas de Pacífico/Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Mexicano Americano
	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Otro Hispano

1. Piense en el momento *justo antes* de que quedara embarazada, ¿cómo se sintió al quedar embarazada?  
**Marque una respuesta.**
  - Hubiera querido quedar embarazada mas pronto
  - Quería quedar embarazada en ese momento
  - No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
  - No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
  - No sé
2. \* Durante el último año, ¿Usted ha sido golpeada, abofeteada, pateada o maltratada físicamente por alguien?  Si  No
3. \* ¿Está usted en una relación con una persona que la amenaza o la maltrata físicamente?  Si  No
4. \* ¿Alguien la ha forzado a tener actividades sexuales que le han hecho sentir incómoda?  Si  No
5. ¿En los últimos 12 meses estuvo usted alguna vez con hambre pero no comió porque no podía permitirse el lujo de comprar alimentos?  Si  No
6. \* ¿El lugar donde vive esta peligroso o tiene problemas consiguiendo una vivienda estable?  Si  No
7. \* **Indique su situación actual respecto al hábito de fumar.** Marque una respuesta.
  - A. Yo **NUNCA** he fumado, o he fumado MENOS DE 100 cigarrillos en toda mi vida.
  - B. Yo dejé de fumar **ANTES** de darme cuenta que estaba embarazada, y no fumo ahora.
  - C. Yo dejé de fumar **DESPUES** de darme cuenta que estaba embarazada, y no fumo ahora
  - D. Yo fumo un poco ahora, pero he reducido la cantidad de cigarrillos que fumo desde que me di cuenta que estaba embarazada
  - E. Yo fumo la misma cantidad que antes de darme cuenta que estaba embarazada
8. ¿Alguno de sus padres tenía problemas con el alcohol o el uso de otras drogas?  Si  No
9. ¿Alguno de sus amigos tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas?  Si  No
10. ¿Su pareja tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas?  Si  No
11. En el pasado, ¿Ha tenido usted dificultades en su vida debido al alcohol u otras drogas, incluyendo medicinas que necesitan receta médica?  Si  No
12. Antes que supiera que estaba embarazada, ¿Con qué frecuencia usted tomaba cualquier alcohol, incluyendo cerveza o vino, o utilizaba otras drogas?  
 Nunca  Raramente  Algunas veces  Frecuentemente
13. En el último mes, ¿Con qué frecuencia usted bebió alcohol, incluyendo cerveza o vino, o usó otras drogas?  
 Nunca  Raramente  Algunas veces  Frecuentemente

(For Pregnancy Care Management use only) Date risk screening form was received: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_