

CCNC Pregnancy Home Risk Screening Form

Practice Name: _____

First name: _____ MI _____ Last name: _____ Medicaid ID#: _____ Today's date: __/__/____
EDC: __/__/____ By what criteria: LMP 1st trimester U/S 2nd 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 2nd 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 membranes¹
¹If 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: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano-Americano

Islas de Pacífico/Nativo de Hawái Blanco Otro (especifique): _____

Etnicidad: No hispano Cubano Mexicano Americano Puertorriqueño 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: ___/___/____