

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: <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

- 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
- * Durante el último año, ¿Usted ha sido golpeada, abofeteada, pateada o maltratada físicamente por alguien? Si No
- * ¿Está usted en una relación con una persona que la amenaza o la maltrata físicamente? Si No
- * ¿Alguien la ha forzado a tener actividades sexuales que le han hecho sentir incómoda? Si No
- ¿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
- * ¿El lugar donde vive esta peligroso o tiene problemas consiguiendo una vivienda estable? Si No
- * **Indique su situación actual respecto al habito 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
- ¿Alguno de sus padres tenía problemas con el alcohol o el uso de otras drogas? Si No
- ¿Alguno de sus amigos tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas? Si No
- ¿Su pareja tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas? Si No
- En el pasado, ¿Ha tenido usted dificultades en su vida debido al alcohol u otras drogas, incluyendo medicinas que necesitan receta médica? Si No
- 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
- 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: ___/___/____