

## Opioid Supplement\_English

The next questions are about the use of pain relievers during pregnancy.

**O1. During your most recent pregnancy, did you use any of the following over-the-counter pain relievers?** Over-the-counter pain relievers are those *usually* available without a prescription. For each one, check **No** if you did not use it *during* your pregnancy or **Yes** if you did.

No Yes

- a. Acetaminophen (like regular Tylenol®, Tylenol Extra Strength®, or Tylenol PM®) ..
- b. Ibuprofen (like Motrin® or Advil®), including high dose pills that may be prescribed .....
- c. Aspirin (like Bayer® or Ecotrin®) .....
- d. Naproxen (like Aleve® or Midol®) .....

**O2. During your most recent pregnancy, did you use any of the following prescription pain relievers?** For each one, check **No** if you did not use it *during* your pregnancy or **Yes** if you did. Do *not* include pain relievers you used *only* during labor and delivery.

No Yes

- a. Hydrocodone (like Vicodin®, Norco®, or Lortab®) .....
- b. Codeine (like Tylenol® #3 or #4, not regular Tylenol®) .....
- c. Oxycodone (like Percocet®, Percodan®, OxyContin®, or Roxicodone®) .....
- d. Tramadol (like Ultram® or Ultracet®) .....
- e. Hydromorphone or meperidine (like Demoral®, Exalgo®, or Dilaudid®) .....
- f. Oxymorphone (like Opana®) .....
- g. Morphine (like MS Contin®, Avinza®, or Kadian®) .....
- h. Fentanyl (like Duragesic®, Fentora®, or Actiq®) .....

If you checked “Yes” for any of the options in Question O2, continue with the next question. If not, go to Question O10.

The next questions are only about the use of *prescription* pain relievers listed in Question O2.

**O3. Where did you get the prescription pain relievers that you used *during* your most recent pregnancy?**

Check ALL that apply

- OB-GYN, midwife, or prenatal care provider
- Family doctor or primary care provider
- Dentist or oral health care provider
- Doctor in the emergency room
- I had pain relievers left over from an old prescription
- Friend or family member gave them to me
- I got the pain relievers without a prescription some other way
- Other \_\_\_\_\_ → Please tell us:

**O4. What were your reasons for using prescription pain relievers *during* your most recent pregnancy?**

Check ALL that apply

- To relieve pain from an injury, condition, or surgery I had **before** pregnancy
- To relieve pain from an injury, condition, or surgery that happened **during** my pregnancy
- To relax or relieve tension or stress
- To help me with my feelings or emotions
- To help me sleep
- To feel good or get high
- Because I was “hooked” or I had to have them
- Other \_\_\_\_\_ → Please tell us:

**O5. In each of the following time periods during your pregnancy, for how many weeks or months did you use *prescription* pain relievers?** Please write the total number of weeks or months in each time period.

a. In the **first** 3 months of pregnancy

Weeks **OR**  Months

- Less than a week  
 Never

b. In the **second** 3 months of pregnancy

Weeks **OR**  Months

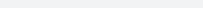
- Less than a week  
 Never

c. In the **last** 3 months of pregnancy

Weeks **OR**  Months

- Less than a week  
 Never

**O6. During your most recent pregnancy, did you want or need to cut down or stop using *prescription* pain relievers?**

No  **Go to Question O10**

Yes

**O7. During your most recent pregnancy, did you have trouble cutting down or stopping use of the *prescription* pain relievers?**

- No  
 Yes

**O8. During your most recent pregnancy, did you get help from a doctor, nurse, or other health care worker to cut down or stop using *prescription* pain relievers?**

No  **Go to Question O10**

Yes

**O9. During your most recent pregnancy, did you receive medication-assisted treatment to help you stop using *prescription* pain relievers?** This is when a doctor prescribes medicines such as methadone, buprenorphine, Suboxone®, Subutex®, or naltrexone (Vivitrol®).

- No  
 Yes

**O10. Do you think the use of *prescription* pain relievers during pregnancy could be harmful to a baby's health?**

**Check ONE answer**

- Not harmful at all  
 Not harmful, if taken as prescribed  
 Harmful, even if taken as prescribed

**O11. Do you think the use of *prescription* pain relievers could be harmful to a woman's own health?**

**Check ONE answer**

- Not harmful at all  
 Not harmful, if taken as prescribed  
 Harmful, even if taken as prescribed

**O12. At any time during your most recent pregnancy, did a doctor, nurse, or other health care worker talk with you about how using *prescription* pain relievers during pregnancy could affect a baby?**

- No  
 Yes

**The last question is about the use of other medications or drugs during pregnancy.**

**O13. During your most recent pregnancy, did you take or use any of the following medications or drugs for any reason?** For each item, check **No** if you did not take or use it or **Yes** if you did.

**No Yes**

- a. Medication for depression (like Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil®, or Celexa®) .....
- b. Medication for anxiety (like Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, or other "benzos" (benzodiazepines)) .....
- c. Methadone, Subutex®, Suboxone®, or buprenorphine.....
- d. Naloxone.....
- e. Cannabidiol (CBD) products.....
- f. Adderall®, Ritalin®, or another stimulant..
- g. Marijuana or hash.....
- h. Synthetic marijuana (K2, Spice).....
- i. Heroin (smack, junk, Black Tar, or *Chiva*)..
- j. Amphetamines (uppers, speed, crystal meth, crank, ice, or *agua*) .....
- k. Cocaine (crack, rock, coke, blow, snow, or *nieve*) .....
- l. Tranquilizers (downers or ludes).....
- m. Hallucinogens (LSD/acid, PCP/angel dust, Ecstasy, Molly, mushrooms, or bath salts).....
- n. Sniffing gasoline, glue, aerosol spray cans, or paint to get high (huffing) .....

**Thank you for answering these questions!**

## Opioid Supplement\_Spanish

Las próximas preguntas son acerca del uso de medicamentos para el dolor durante el embarazo.

**O1. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos de venta libre (“over-the-counter”) para aliviar el dolor?** Los medicamentos de venta libre son aquellos que *usualmente* están disponibles sin receta. Para cada uno, marque **No**, si no lo usó *durante* su embarazo, o **Sí**, si lo usó.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Acetaminofén (como Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® o Tylenol PM®) ....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ibuprofeno (como Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Aspirina (como Bayer® o Ecotrin®) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naproxen (como Aleve® o Midol®) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**O2. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos recetados para el dolor?** Para cada uno, marque **No**, si no lo usó *durante* su embarazo, o **Sí**, si lo usó. *No* incluya los medicamentos que utilizó *solamente* durante el parto y el nacimiento.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Hidrocodona (como Vicodin®, Norco® o Lortab®) .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Codeína (como Tylenol® #3 o #4, <u>no</u> es el Tylenol regular) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Oxidodona (como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tramadol (como Ultram® o Ultracet®) .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hidromorfona o meperidina (como Demoral®, Exalgo® o Dilaudid®) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Oximorfona (como Opana®) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Morfina (como MS Contin®, Avinza® o Kadian®) .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fentanilo (como Duragesic®, Fentora® o Actiq®) .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted marcó “Sí” en alguna de las opciones en la Pregunta O2, continúe con la siguiente pregunta. Si no, pase a la Pregunta O10.

Las siguientes preguntas son solamente sobre el uso de medicamentos *recetados* para el dolor que aparecen en la lista de la Pregunta O2.

**O3. ¿Dónde obtuvo los medicamentos recetados para el dolor que usó durante su embarazo más reciente?**

Marque **TODAS** las que correspondan

- Ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal
- Médico de familia o un proveedor de atención primaria
- Dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)
- Doctor en la sala de emergencias
- Tenía medicamentos para el dolor que me sobraron de una receta anterior
- Un amigo o pariente me los dio
- Obtuve los medicamentos para el dolor sin receta de otra forma
- Otro \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbalo:

**O4. ¿Cuáles fueron sus razones para usar medicamentos recetados para el dolor durante su embarazo más reciente?**

Marque **TODAS** las que correspondan

- Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que tuve **antes** del embarazo
- Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que ocurrió **durante** mi embarazo
- Para relajarme o aliviar la tensión o el estrés
- Para ayudarme con mis sentimientos o emociones
- Para ayudarme a dormir
- Para sentirme bien o drogarme
- Porque estaba adicta o tenía que usarlos
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

**05. En cada uno de los siguientes periodos de tiempo durante su embarazo, ¿cuántas semanas o meses usó medicamentos recetados para el dolor?** Por favor escriba el número total de semanas o meses en cada periodo de tiempo.

a. En los **primeros** 3 meses del embarazo

\_\_\_\_\_ Semanas  \_\_\_\_\_ Meses

- Menos de una semana  
 Nunca

b. En los **segundos** 3 meses del embarazo

\_\_\_\_\_ Semanas  \_\_\_\_\_ Meses

- Menos de una semana  
 Nunca

c. En los **últimos** 3 meses del embarazo

\_\_\_\_\_ Semanas  \_\_\_\_\_ Meses

- Menos de una semana  
 Nunca

**06. Durante su embarazo más reciente, ¿quería o necesitaba reducir o dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?**

- No → **Pase a la Pregunta O10**  
 Sí

**07. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo problemas reduciendo o dejando de usar los medicamentos recetados para el dolor?**

- No  
 Sí

**08. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió ayuda de un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para reducir o dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?**

- No → **Pase a la Pregunta O10**

Sí  
↓

**09. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió tratamiento asistido por medicación para ayudarle a dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?** Esto es cuando un doctor receta medicinas como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexone (Vivitrol®).

- No  
 Sí

**010. ¿Cree que el uso de medicamentos recetados para el dolor durante el embarazo podría ser dañino para la salud de un bebé?**

**Marque UNA respuesta**

- No es dañino para nada  
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta  
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

**011. ¿Cree que el uso de medicamentos recetados para el dolor podría ser dañino para la salud de una mujer?**

**Marque UNA respuesta**

- No es dañino para nada  
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta  
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

**012. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud habló con usted sobre cómo el uso de medicamentos recetados para el dolor durante el embarazo podría afectar a un bebé?**

- No  
 Sí

**La última pregunta es acerca del uso de otros medicamentos o drogas durante el embarazo.**

**O13. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó o usó algunos de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón?** Para cada una, marque **No**, si no la tomó o usó, o **Sí**, si la tomó o usó.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Medicamentos para la depresión (como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®).....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Medicamentos para la ansiedad (como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de “benzos” (benzodiacepinas))..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naloxona.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Productos de Cannabidiol (CBD) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Adderall®, Ritalin® u otro estimulante .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Marihuana o hachís.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Marihuana sintética (K2, Spice) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Heroína ( <i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva) ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Metanfetaminas ( <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o agua).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Cocaína ( <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers</i> o <i>ludes</i> ) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño) .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse ( <i>huffing</i> ) .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¡Gracias por responder a estas preguntas!**