**Form Approved**

 **OMB No. 0920-xxxx**

 **Exp. Date xx/xx/xxxx**

**Opioid Supplement Survey – 02/15/2019 V.2**

English MAIL Version

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

1. ***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** |
| 1. Acetaminophen (like regular Tylenol®, Tylenol Extra Strength®, or Tylenol PM®)
 | □ | □ |
| 1. Ibuprofen (like Motrin® or Advil®), including high dose pills that may be prescribed
 | □ | □ |
| 1. Aspirin (like Bayer® or Ecotrin®)
 | □ | □ |
| 1. Naproxen (like Aleve® or Midol®)
 | □ | □ |

1. ***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** |
| 1. Hydrocodone (like Vicodin®, Norco®, or Lortab®)
 | □ | □ |
| 1. Codeine (like Tylenol® #3 or #4, not regular Tylenol®)
 | □ | □ |
| 1. Oxycodone (like Percocet®, Percodan®, OxyContin®, or Roxicodone®)
 | □ | □ |
| 1. Tramadol (like Ultram® or Ultracet®)
 | □ | □ |
| 1. Hydromorphone or meperidine (like Demorol®, Exalgo®, or Dilaudid®)
 | □ | □ |
| 1. Oxymorphone (like Opana®)
 | □ | □ |
| 1. Morphine (like MS Contin®, Avinza®, or Kadian ®)
 | □ | □ |
| 1. 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.**

1. **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **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.

|  |
| --- |
| 1. In the **first** 3 months of pregnancy
 |
| \_\_\_\_\_\_ weeks **O** \_\_\_\_\_\_ months |
| * Less than a week
* Never
 |
| 1. In the **second** 3 months of pregnancy
 |
| \_\_\_\_\_\_ weeks **O** \_\_\_\_\_\_ months |
| * Less than a week
* Never
 |
| 1. In the **last** 3 months of pregnancy
 |
| \_\_\_\_\_\_ weeks **O** \_\_\_\_\_\_ months |
| * Less than a week
* Never
 |

1. ***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
1. ***During your most recent pregnancy*, did you have trouble cutting down or stopping use of the *prescription* pain relievers?**
* No
* Yes
1. ***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
1. ***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
1. **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
1. **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
1. **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.**

1. ***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** |
| 1. Medication for depression (like Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil®, or Celexa®)
 |  | □ | □ |
| 1. Medication for anxiety (like Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, or other “benzos” (benzodiazepines))
 |  | □ | □ |
| 1. Methadone, Subutex®, Suboxone®, or buprenorphine
 |  | □ | □ |
| 1. Naloxone
 |  | □ | □ |
| 1. Cannabidiol (CBD) products
 |  | □ | □ |
| 1. Adderall®, Ritalin®, or another stimulant
 |  |  |  |
| 1. Marijuana or hash
 |  | □ | □ |
| 1. Synthetic marijuana (K2, Spice)
 |  | □ | □ |
| 1. Heroin
 |  | □ | □ |
| 1. Amphetamines (uppers, speed, meth)
 |  | □ | □ |
| 1. Cocaine (crack, coke)
 |  | □ | □ |
| 1. Tranquilizers (downers)
 |  | □ | □ |
| 1. Hallucinogens (LSD/acid, PCP, Special K, Ecstasy, Molly, mushrooms, bath salts)
 |  | □ | □ |
| 1. Sniffing gasoline, glue, aerosol spray cans, or paint to get high (huffing)
 |  | □ | □ |

**Alternate version of Question O13 for states that already include drug question on their Phase 8 survey:**

***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** |
| 1. Medication for depression (like Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil®, or Celexa®)
 |  | □ | □ |
| 1. Medication for anxiety (like Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, or other “benzos” (benzodiazepines))
 |  | □ | □ |
| 1. Methadone, Subutex®, Suboxone®, or buprenorphine
 |  | □ | □ |
| 1. Naloxone
 |  | □ | □ |
| 1. Cannabidiol (CBD) products
 |  | □ | □ |

**Thank you for answering these questions!**

**Your answers will help us understand how to improve the health of mothers and babies.**

**Opioid Supplement Survey – 02/15/2019 V.2**

Spanish MAIL Version

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

1. ***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** |
| 1. Acetaminofén (como Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® (extra fuerte) o Tylenol PM®)
 | □ | □ |
| 1. Ibuprofeno (como Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados
 | □ | □ |
| 1. Aspirina (como Bayer® o Ecotrin®)
 | □ | □ |
| 1. Naproxen (como Aleve® o Midol®)
 | □ | □ |

1. ***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** |
| 1. Hidrocodona (como Vicodin®, Norco® o Lortab®)
 | □ | □ |
| 1. Codeína (como Tylenol® #3 o #4, no es el Tynenol regular)
 | □ | □ |
| 1. Oxicodona (como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®)
 | □ | □ |
| 1. Tramadol (como Ultram® o Ultracet®)
 | □ | □ |
| 1. Hidromorfona o meperidina (como Demorol®, Exalgo® o Dilaudid®)
 | □ | □ |
| 1. Oximorfona (como Opana®)
 | □ | □ |
| 1. Morfina (como MS Contin®, Avinza® o Kadian®)
 | □ | □ |
| 1. Fentanilo (como Duragesic®, Fentora® o Actiq®)
 | □ | □ |

**Si usted marco “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 en la pregunta O2.**

1. **¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **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.

|  |
| --- |
| 1. En los **primeros** 3 meses del embarazo
 |
| \_\_\_\_\_\_ semanas **O** \_\_\_\_\_\_ meses |
| * Menos de una semana
* Nunca
 |
| 1. En los **segundos** 3 meses del embarazo
 |
| \_\_\_\_\_\_ semanas **O** \_\_\_\_\_\_ meses |
| * Menos de una semana
* Nunca
 |
| 1. En los **últimos** 3 meses del embarazo
 |
| \_\_\_\_\_\_ semanas **O** \_\_\_\_\_\_ meses |
| * Menos de una semana
* Nunca
 |

1. ***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
1. ***Durante su embarazo más reciente,* ¿tuvo problemas reduciendo o dejando de usar los medicamentos *recetados* para el dolor?**
* No
* Sí
1. ***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
1. ***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
1. **¿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
1. **¿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
1. **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.**

1. ***Durante su embarazo más reciente*, ¿tomó o usó algunas 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** |
| 1. Medicamentos para la depresión (como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®)
 |  | □ | □ |
| 1. Medicamentos para la ansiedad (como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de “benzos” (benzodiacepinas))
 |  | □ | □ |
| 1. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina
 |  | □ | □ |
| 1. Naloxona
 |  | □ | □ |
| 1. Productos de Cannabidiol (CBD)
 |  | □ | □ |
| 1. Adderall®, Ritalin® u otro tipo de estimulante
 |  | □ | □ |
| 1. Marihuana o hachís
 |  | □ | □ |
| 1. Marihuana sintética (K2, Spice)
 |  | □ | □ |
| 1. Heroína
 |  | □ | □ |
| 1. Anfetaminas (uppers, speed, meth)
 |  | □ | □ |
| 1. Cocaína (crack, coke)
 |  | □ | □ |
| 1. Tranquilizantes (calmantes, *downers*)
 |  | □ | □ |
| 1. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP, Special K, éxtasis, *Molly*, hongos, sales de baño)
 |  | □ | □ |
| 1. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (*huffing*)
 |  | □ | □ |

**Versión alterna de la pregunta O13 para estados que ya incluyeron la pregunta de drogas en su encuesta de Fase 8:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **No** | **Sí** |
| 1. Medicamentos para la depresión (como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®)
 |  | □ | □ |
| 1. Medicamentos para la ansiedad (como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de “benzos” (benzodiacepinas))
 |  | □ | □ |
| 1. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina
 |  | □ | □ |
| 1. Naloxona
 |  | □ | □ |
| 1. Productos de Cannabidiol (CBD)
 |  | □ | □ |

**¡Gracias por responder estas preguntas!**

**Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.**

**Opioid Supplement Survey – 02/15/2019 V.2**

English PHONE version

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

1. I’m going to read a list of *over-the-counter*pain relievers, which are those *usually* available without a prescription. For each one, please tell me if you used it *during your most recent pregnancy*. Did you use \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_during your pregnancy?

|  |  |
| --- | --- |
| **OTC Pain Relievers** | **(Don’t Read)** |
| **No****(1)** | **Yes****(2)** | **Refused****(8)** | **Don’t know****(9)** |
| 1. Acetaminophen (like regular Tylenol®, Tylenol Extra Strength®, or Tylenol PM®)
 |  |  |  |  |
| 1. Ibuprofen (like Motrin® or Advil®), including high doses that may be prescribed
 |  |  |  |  |
| 1. Aspirin (like Bayer® or Ecotrin®)
 |  |  |  |  |
| 1. Naproxen (like Aleve® or Midol®)
 |  |  |  |  |

1. I’m going to read a list of *prescription*pain relievers. For each one, please tell me if you used it *during your most recent pregnancy*. Do *not* include pain relievers you used *only* during your labor and delivery. Did you use \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_during your pregnancy?

|  |  |
| --- | --- |
| **Prescription pain reliever**  | **(Don’t Read)** |
| **No****(1)** | **Yes****(2)** | **Refused****(8)** | **Don’t know****(9)** |
| 1. Hydrocodone (like Vicodin®, Norco®, or Lortab®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Codeine (like Tylenol® #3 or #4, not regular Tylenol®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Oxycodone (like Percocet®, Percodan®, OxyContin®, or Roxicodone®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tramadol (like Ultram® or Ultracet®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Hydromorphone or meperidine (like Demorol®, Exalgo®, or Dilaudid®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Oxymorphone (like Opana®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Morphine (like MS Contin®, Avinza®, or Kadian ®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Fentanyl ( like Duragesic®, Fentora®, or Actiq®)
 |  |  |  |  |  |
|  | **↓** |  |  |  |  |
|  | **If ALL No, go to question O10** |

**INTERVIEWER: If the mom answered “*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 we just listed.**

1. Where did you get the *prescription* pain relievers that you used *during your most recent pregnancy*? I’m going to read a list of options. For each one, please tell me if it applies to you. Did you get them from \_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Receipt**  | **(Don’t Read)** |
| **No****(1)** | **Yes****(2)** | **Refused****(8)** | **Don’t know****(9)** |
| 1. OB-GYN, midwife, or prenatal care provider
 |  |  |  |  |
| 1. Family doctor or primary care provider
 |  |  |  |  |
| 1. Dentist or oral health care provider
 |  |  |  |  |
| 1. Doctor in the emergency room
 |  |  |  |  |
| 1. I had pain relievers left over from an old prescription
 |  |  |  |  |
| 1. Friend or family member gave them to me
 |  |  |  |  |
| 1. I got the pain relievers without a prescription, some other way
 |  |  |  |  |
| 1. Did you get them somewhere else?
 |  |  |  |  |
| 1. **If YES, ask**: Where?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. I’m going to read a list of reasons for using *prescription* pain relievers. For each one, please tell me if it was a reason for you *during your most recent pregnancy*. Was it \_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Reasons** | **(Don’t Read)** |
| **No****(1)** | **Yes****(2)** | **Refused****(8)** | **Don’t know****(9)** |
| 1. To relieve pain from an injury, condition, or surgery you had **before** pregnancy
 |  |  |  |  |
| 1. To relieve pain from an injury, condition, or surgery that happened **during** your pregnancy
 |  |  |  |  |
| 1. To relax or relieve tension or stress
 |  |  |  |  |
| 1. To help you with your feelings or emotions
 |  |  |  |  |
| 1. To help you sleep
 |  |  |  |  |
| 1. To feel good or get high
 |  |  |  |  |
| 1. Because you were “hooked” or you had to have them
 |  |  |  |  |
| 1. Was there some other reason?
 |  |  |  |  |
| 1. **If YES, ask**: what was it? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. I am going to read a list of time periods *during* your pregnancy. For each one, please tell me for how many weeks or months you used *prescription* pain relievers. For how long did you use them \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ?
	1. In the **first** 3 months of pregnancy:

(**PROBE**: About how many weeks or months did you use prescription pain relievers \_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(Don’t Read)** | 1 | Never |  |
|  | 2 | Less than a week |  |
|  | 3 | Number of weeks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  | **OR** |  |
|  | 4 | Number of months \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Refused |  |
|  | 9 | Don’t know/Don’t Remember |  |

* 1. In the **second** 3 months of pregnancy:

(**PROBE**: About how many weeks or months did you use prescription pain relievers \_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(Don’t Read)** | 1 | Never |  |
|  | 2 | Less than a week |  |
|  | 3 | Number of weeks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  | **OR** |  |
|  | 4 | Number of months \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Refused |  |
|  | 9 | Don’t know/Don’t Remember |  |

* 1. In the **last** 3 months of pregnancy:

(**PROBE**: About how many weeks or months did you use prescription pain relievers \_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(Don’t Read)** | 1 | Never |  |
|  | 2 | Less than a week |  |
|  | 3 | Number of weeks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  | **OR** |  |
|  | 4 | Number of months \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Refused |  |
|  | 9 | Don’t know/Don’t Remember |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(Don’t Read)** | 1 | No**→ Go to Question O10** |  |
|  | 2 | Yes |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Refused **→ Go to Question O10** |  |
|  | 9 | Don’t know/Don’t Remember **→ Go to Question O10** |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(Don’t Read)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Yes |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Refused |  |
|  | 9 | Don’t know/Don’t Remember |  |

1. *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?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | No **→ Go to Question O10** |  |
|  | 2 | Yes  |  |
|  |  |  |  |
| **(Don’t Read)** | 8 | Refused **→ Go to Question O10** |  |
|  | 9 | Don’t know/Don’t Remember **→ Go to Question O10** |  |

1. *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®).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(Don’t Read)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Yes |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Refused |  |
|  | 9 | Don’t know/Don’t Remember |  |

1. Do you think the use of *prescription* pain relievers *during pregnancy* could be harmful to a baby’s health? I’m going to read 3 options. Please tell me which one best describes what you think.

(**Probe:** Would you say that for a baby’s health, taking *prescription* pain relievers during pregnancy is \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | Not harmful at all |  |
|  | 2 | Not harmful, if taken as prescribed |  |
|  | 3 | Harmful, even if taken as prescribed |  |
|  |  |  |  |
| **(Don’t Read)** | 8 | Refused |  |
|  | 7 | Don’t know/Don’t Remember |  |

1. Do you think the use of *prescription* pain relievers could be harmful to a woman’s own health? I’m going to read 3 options. Please tell me which one best describes what you think.

(**Probe:** Would you say that for a woman’s health, taking *prescription* pain relievers is \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | Not harmful at all |  |
|  | 2 | Not harmful, if taken as prescribed |  |
|  | 3 | Harmful, even if taken as prescribed |  |
|  |  |  |  |
| **(Don’t Read)** | 8 | Refused |  |
|  | 7 | Don’t know/Don’t Remember |  |

1. 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?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(Don’t Read)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Yes |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Refused |  |
|  | 9 | Don’t know/Don’t Remember |  |

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

1. *During your most recent pregnancy*, did you take or use any of the following medications or drugs for any reason? I’m going to read a list of options. For each one, please tell me if you took or used it *during your most recent pregnancy*. Did you take or use \_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Medications/Drugs** | **(Don’t Read)** |
| **No****(1)** | **Yes****(2)** | **Refused****(8)** | **Don’t know****(9)** |
| 1. Medication for depression (like Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil®, or Celexa®)
 |  |  |  |  |
| 1. Medication for anxiety (like Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, or other “benzos” (benzodiazepines))
 |  |  |  |  |
| 1. Methadone, Subutex®, Suboxone®, or buprenorphine
 |  |  |  |  |
| 1. Naloxone
 |  |  |  |  |
| 1. Cannabidiol (CBD) products
 |  |  |  |  |
| 1. Adderall®, Ritalin®, or another stimulant
 |  |  |  |  |
| 1. Marijuana or hash
 |  |  |  |  |
| 1. Synthetic marijuana (K2, Spice)
 |  |  |  |  |
| 1. Heroin
 |  |  |  |  |
| 1. Amphetamines (uppers, speed, meth)
 |  |  |  |  |
| 1. Cocaine (crack, coke)
 |  |  |  |  |
| 1. Tranquilizers (downers)
 |  |  |  |  |
| 1. Hallucinogens (LSD/acid, PCP, Special K, Ecstasy, Molly, mushrooms, bath salts)
 |  |  |  |  |
| 1. Sniffing gasoline, glue, aerosol spray cans, or paint to get high (huffing)
 |  |  |  |  |

**ALTERNATE VERSION OF O13 FOR STATES THAT ALREADY HAVE A DRUG QUESTION ON THEIR Phase 8 survey:**

*During your most recent pregnancy*, did you take or use any of the following medications or drugs for any reason? I’m going to read a list of options. For each one, please tell me if you took or used it *during your most recent pregnancy*. Did you take or use \_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Medications/Drugs** | **(Don’t Read)** |
| **No****(1)** | **Yes****(2)** | **Refused****(8)** | **Don’t know****(9)** |
| 1. Medication for depression (like Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil®, or Celexa®)
 |  |  |  |  |
| 1. Medication for anxiety (like Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, or other “benzos” (benzodiazepines))
 |  |  |  |  |
| 1. Methadone, Subutex®, Suboxone®, or buprenorphine
 |  |  |  |  |
| 1. Naloxone
 |  |  |  |  |
| 1. Cannabidiol (CBD) products
 |  |  |  |  |

**Thank you for answering these questions!**

**Your answers will help us understand how to improve the health of mothers and babies.**

**Opioid Supplement Survey – 02/15/2019 V.2**

Spanish PHONE version

**Las próximas preguntas se refieren al uso de analgésicos o medicamentos para el dolor *durante* el embarazo.**

1. Voy a leer un listado de medicamentos de venta libre (“over-the-counter”), que son aquellos *usualmente* disponibles sin receta o prescripción. Para cada uno indique si lo usó *durante su embarazo más reciente*. ¿Utilizó\_\_\_\_\_\_\_\_ durante su embarazo?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamentos de venta libre (“Over-the-counter”)** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rehusó****(8)** | **No Sabe****(9)** |
| 1. Acetaminofén (como Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® (extra fuerte) o Tylenol PM®)
 |  |  |  |  |
| 1. Ibuprofeno (como Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados
 |  |  |  |  |
| 1. Aspirina (como Bayer® o Ecotrin®)
 |  |  |  |  |
| 1. Naproxen (como Aleve® o Midol®)
 |  |  |  |  |

1. Ahora voy a leer un listado de medicamentos *recetados* para el dolor. Para cada uno, por favor indique si lo usó *durante su embarazo más reciente*. No incluya aquellos medicamentos que utilizó solamente durante el parto y el nacimiento. ¿Utilizó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante su embarazo?

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamentos recetados para el dolor**  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Yes****(2)** | **No****(1)** | **Don’t know****(9)** |
| 1. Hidrocodona (como Vicodin®, Norco® o Lortab®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Codeína (como Tylenol® #3 o #4, no es el Tynenol regular)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Oxicodona (como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tramadol (como Ultram® o Ultracet®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Hidromorfona o meperidina (como Demorol®, Exalgo® o Dilaudid®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Oximorfona (como Opana®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Morfina (como MS Contin®, Avinza® o Kadian®)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Fentanilo (como Duragesic®, Fentora® o Actiq®)
 |  |  |  |  |  |
|  | **↓** |  |  |  |  |
|  | **Si TODAS son No, ir a la pregunta O10** |

**ENTREVISTADORA: Si la mamá respondió “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.**

1. ¿Dónde obtuvo los medicamentos *recetados* para el dolor que usó *durante su embarazo más reciente*? Voy a leer un listado de opciones. Para cada una, por favor indique si le aplica a usted. ¿Los obtuvo del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |
| --- | --- |
|  **Fuentes** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rehusó****(8)** | **No Sabe****(9)** |
| 1. Ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal
 |  |  |  |  |
| 1. Médico de familia o un proveedor de atención primaria
 |  |  |  |  |
| 1. Dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)
 |  |  |  |  |
| 1. Doctor en la sala de emergencias
 |  |  |  |  |
| 1. Tenía medicamentos para el dolor que le sobraron de una receta anterior
 |  |  |  |  |
| 1. Un amigo o pariente se los dio
 |  |  |  |  |
| 1. Obtuvo los medicamentos para el dolor sin receta, de otra forma
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Los obtuvo de otra manera?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó SI, pregunte**: ¿Cómo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Voy a leer un listado de razones por la que se utilizarían medicamentos *recetados* para el dolor. Para cada una, por favor indique si fue una razón para usted *durante su embarazo más reciente*. ¿Los utilizaba \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Razones** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rehusó****(8)** | **No Sabe****(9)** |
| 1. Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que tuvo **antes** del embarazo
 |  |  |  |  |
| 1. Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que ocurrió **durante** su embarazo
 |  |  |  |  |
| 1. Para relajarse o aliviar la tensión o el estrés
 |  |  |  |  |
| 1. Para ayudarle con sus sentimientos o emociones
 |  |  |  |  |
| 1. Para ayudarle a dormir
 |  |  |  |  |
| 1. Para sentirse bien o drogarse
 |  |  |  |  |
| 1. Porque estaba adicta o tenía que usarlos
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Hubo otra razón?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó SI, pregunte**: ¿Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Voy a leer un listado de periodos de tiempo *durante* su embarazo. Para cada uno, por favor indique por cuantas semanas o meses utilizó los medicamentos *recetados* para el dolor. ¿Cuántas semanas o meses los utilizó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?
	1. En los **primeros** 3 meses del embarazo

(**Pregunta Guía**: Aproximadamente, ¿Cuantas semanas o meses utilizó medicamentos *recetados* para el dolor \_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | Nunca |  |
|  | 2 | Menos de una semana  |  |
|  | 3 | Número de semanas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  | **O** |  |
|  | 4 | Número de meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rehusó |  |
|  | 9 | No sabe / No Recuerda  |  |

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

(**Pregunta Guía**: Aproximadamente, ¿Cuantas semanas o meses utilizó medicamentos *recetados* para el dolor \_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | Nunca |  |
|  | 2 | Menos de una semana  |  |
|  | 3 | Número de semanas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  | **O** |  |
|  | 4 | Número de meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rehusó |  |
|  | 9 | No sabe / No Recuerda  |  |

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

(**Pregunta Guía**: Aproximadamente, ¿Cuantas semanas o meses utilizó medicamentos *recetados* para el dolor \_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | Nunca |  |
|  | 2 | Menos de una semana  |  |
|  | 3 | Número de semanas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  | **O** |  |
|  | 4 | Número de meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rehusó |  |
|  | 9 | No sabe / No Recuerda  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No **→ Pase a la Pregunta O10** |  |
|  | 2 | Sí |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rehusó **→ Pase a la Pregunta O10** |  |
|  | 9 | No sabe / No Recuerda **→ Pase a la Pregunta O10** |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rehusó |  |
|  | 9 | No sabe / No Recuerda |  |

1. *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? Voy a leer 3 opciones. Por favor dígame la opción que mejor describa la ayuda que recibió. ¿Usted diría que \_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No **→ Pase a la Pregunta O10** |  |
|  | 2 | Sí |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rehusó **→ Pase a la Pregunta O10** |  |
|  | 9 | No sabe / No Recuerda **→ Pase a la Pregunta O10** |  |

1. ¿Cree que el uso de medicamentos *recetados* para el dolor *durante el embarazo* podría ser dañino para la salud de un bebé? Voy a leer 3 opciones. Por favor indique cual es la que mejor describe lo que usted piensa.

(**Pregunta Guía:** ¿Usted diría que, para la salud de un bebé, tomar medicamentos *recetados* para el dolor durante el embarazo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | No es dañino para nada |  |
|  | 2 | No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica receta |  |
|  | 3 | Es dañino, aunque sea tomados según indica la receta  |  |
|  |  |  |  |
| **(No Leer)** | 8 | Rehusó |  |
|  | 7 | No sabe / No recuerda  |  |

1. ¿Cree que usar medicamentos *recetados* para el dolor podría ser dañino para la salud de una mujer? Voy a leer 3 opciones. Por favor indique cual es la que mejor describe lo que usted piensa.

(**Pregunta Guía:** ¿Usted diría que, para la salud de una mujer, tomar medicamentos *recetados* para el dolor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | No es dañino para nada |  |
|  | 2 | No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta |  |
|  | 3 | Es dañino, aunque sea tomados según indica la receta  |  |
|  |  |  |  |
| **(No Leer)** | 8 | Rehusó |  |
|  | 7 | No sabe / No recuerda  |  |

1. 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 Leer)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rehusó |  |
|  | 9 | No sabe / No Recuerda |  |

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

1. *Durante su embarazo más reciente*, ¿tomó o usó algunas de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Voy a leer un listado de opciones. Para cada una, por favor indique si usted la tomo o usó *durante su embarazo más reciente*. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamentos/Drogas** | **(No leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rehusó****(8)** | **No Sabe****(9)** |
| 1. Medicamentos para la depresión (como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®)
 |  |  |  |  |
| 1. Medicamentos para la ansiedad (como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de “benzos” (benzodiacepinas))
 |  |  |  |  |
| 1. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina
 |  |  |  |  |
| 1. Naloxona
 |  |  |  |  |
| 1. Productos de Cannabidiol (CBD)
 |  |  |  |  |
| 1. Adderall®, Ritalin® u otro tipo de estimulante
 |  |  |  |  |
| 1. Marihuana o hachís
 |  |  |  |  |
| 1. Marihuana sintética (K2, Spice)
 |  |  |  |  |
| 1. Heroína
 |  |  |  |  |
| 1. Anfetaminas (uppers, speed, meth)
 |  |  |  |  |
| 1. Cocaína (crack, coke)
 |  |  |  |  |
| 1. Tranquilizantes (calmantes, *downers*)
 |  |  |  |  |
| 1. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP, Special K, éxtasis, *Molly*, hongos, sales de baño)
 |  |  |  |  |
| 1. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (*huffing*)
 |  |  |  |  |

**Versión alterna de la pregunta O13 para estados que ya incluyeron la pregunta de drogas en su encuesta de Fase 8**

*Durante su embarazo más reciente*, ¿tomó o usó algunas de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Voy a leer un listado de opciones. Para cada una, por favor indique si usted la tomo o usó *durante su embarazo más reciente*. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamentos/Drogas** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rehusó****(8)** | **No Sabe****(9)** |
| 1. Medicamentos para la depresión (como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®)
 |  |  |  |  |
| 1. Medicamentos para la ansiedad (como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de “benzos” (benzodiacepinas))
 |  |  |  |  |
| 1. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina
 |  |  |  |  |
| 1. Naloxona
 |  |  |  |  |
| 1. Productos de Cannabidiol (CBD)
 |  |  |  |  |

**¡Gracias por responder estas preguntas!**

**Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.**