

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

English MAIL Version

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 [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ibuprofen (like Motrin [®] or Advil [®]), including high dose pills that may be prescribed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Aspirin (like Bayer [®] or Ecotrin [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naproxen (like Aleve [®] or Midol [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Codeine (like Tylenol [®] #3 or #4, <u>not</u> regular Tylenol [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Oxycodone (like Percocet [®] , Percodan [®] , OxyContin [®] , or Roxicodone [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tramadol (like Ultram [®] or Ultracet [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hydromorphone or meperidine (like Demorol [®] , Exalgo [®] , or Dilaudid [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Oxymorphone (like Opana [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Morphine (like MS Contin [®] , Avinza [®] , or Kadian [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fentanyl (like Duragesic [®] , Fentora [®] , or Actiq [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 _____ months
- Less than a week
 - Never

- b. In the **second** 3 months of pregnancy
_____ weeks _____ months
- Less than a week
 - Never

- c. In the **last** 3 months of pregnancy
_____ weeks _____ 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 [®])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medication for anxiety (like Valium [®] , Xanax [®] , Ativan [®] , Klonopin [®] , or other “benzos” (benzodiazepines))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Methadone, Subutex [®] , Suboxone [®] , or buprenorphine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Naloxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cannabidiol (CBD) products	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Adderall [®] , Ritalin [®] , or another stimulant		
g. Marijuana or hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Synthetic marijuana (K2, Spice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Amphetamines (uppers, speed, meth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Cocaine (crack, coke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Tranquilizers (downers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hallucinogens (LSD/acid, PCP, Special K, Ecstasy, Molly, mushrooms, bath salts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Sniffing gasoline, glue, aerosol spray cans, or paint to get high (huffing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
a. Medication for depression (like Prozac [®] , Zoloft [®] , Lexapro [®] , Paxil [®] , or Celexa [®])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medication for anxiety (like Valium [®] , Xanax [®] , Ativan [®] , Klonopin [®] , or other “benzos” (benzodiazepines))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Methadone, Subutex [®] , Suboxone [®] , or buprenorphine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Naloxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cannabidiol (CBD) products	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

O14. 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 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| e. Acetaminofén (como Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® (extra fuerte) o Tylenol PM®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ibuprofeno (como Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Aspirina (como Bayer® o Ecotrin®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Naproxen (como Aleve® o Midol®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

O15. 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. Oxycodona (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 Demorol®, 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 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.

O16. ¿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: _____

O17. ¿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: _____

O18. 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.

- d. En los **primeros** 3 meses del embarazo
_____ semanas _____ meses

- Menos de una semana
- Nunca

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

_____ semanas _____ meses

- Menos de una semana
- Nunca

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

_____ semanas _____ meses

- Menos de una semana
- Nunca

O19. 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

O20. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo problemas reduciendo o dejando de usar los medicamentos *recetados* para el dolor?

- No
- Sí

O21. 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

O22. 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

O23. ¿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

O24. ¿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

O25. 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.

O26. 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
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 tipo de 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Anfetaminas (uppers, speed, meth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Cocaína (crack, coke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP, Special K, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, 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"/>

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
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” (benzodiazepinas))	<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"/>

¡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.

O27. 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)
a. Acetaminophen (like regular Tylenol®, Tylenol Extra Strength®, or Tylenol PM®)				
b. Ibuprofen (like Motrin® or Advil®), including high doses that may be prescribed				
c. Aspirin (like Bayer® or Ecotrin®)				
d. Naproxen (like Aleve® or Midol®)				

O28. 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)
a. Hydrocodone (like Vicodin®, Norco®, or Lortab®)				
b. Codeine (like Tylenol® #3 or #4, <u>not</u> regular Tylenol®)				
c. Oxycodone (like Percocet®, Percodan®, OxyContin®, or Roxicodone®)				
d. Tramadol (like Ultram® or Ultracet®)				

e. Hydromorphone or meperidine (like Demorol [®] , Exalgo [®] , or Dilaudid [®])				
f. Oxymorphone (like Opana [®])				
g. Morphine (like MS Contin [®] , Avinza [®] , or Kadian [®])				
h. 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.

O29. 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)
a. OB-GYN, midwife, or prenatal care provider				
b. Family doctor or primary care provider				
c. Dentist or oral health care provider				
d. Doctor in the emergency room				
e. I had pain relievers left over from an old prescription				
f. Friend or family member gave them to me				
g. I got the pain relievers <u>without a prescription</u> , some other way				
h. Did you get them somewhere else?				
i. If YES, ask: Where? _____ _____				

O30. 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)
a. To relieve pain from an injury, condition, or surgery you had before pregnancy				

b. To relieve pain from an injury, condition, or surgery that happened during your pregnancy				
c. To relax or relieve tension or stress				
d. To help you with your feelings or emotions				
e. To help you sleep				
f. To feel good or get high				
g. Because you were “hooked” or you had to have them				
h. Was there some other reason?				
i. If YES, ask: what was it? _____ _____				

O31. 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 _____ ?

a. 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

b. 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

c. 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

O32. *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**

O33. *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

O34. *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**

O35. *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

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

O39. *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)
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				
j. Amphetamines (uppers, speed, meth)				
k. Cocaine (crack, coke)				
l. Tranquilizers (downers)				
m. Hallucinogens (LSD/acid, PCP, Special K, Ecstasy, Molly, mushrooms, bath salts)				
n. 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)
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				

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.

O40. 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)
e. Acetaminofén (como Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® (extra fuerte) o Tylenol PM®)				
f. Ibuprofeno (como Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados				
g. Aspirina (como Bayer® o Ecotrin®)				
h. Naproxen (como Aleve® o Midol®)				

O41. 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)
i. Hidrocodona (como Vicodin [®] , Norco [®] o Lortab [®])				
j. Codeína (como Tylenol [®] #3 o #4, <u>no</u> es el Tylenol regular)				
k. Oxycodona (como Percocet [®] , Percodan [®] , OxyContin [®] o Roxicodone [®])				
l. Tramadol (como Ultram [®] o Ultracet [®])				
m. Hidromorfona o meperidina (como Demorol [®] , Exalgo [®] o Dilaudid [®])				
n. Oximorfona (como Opana [®])				
o. Morfina (como MS Contin [®] , Avinza [®] o Kadian [®])				
p. 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.

O42. ¿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)
j. Ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal				
k. Médico de familia o un proveedor de atención primaria				
l. Dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)				
m. Doctor en la sala de emergencias				
n. Tenía medicamentos para el dolor que le sobraron de una receta anterior				
o. Un amigo o pariente se los dio				
p. Obtuvo los medicamentos para el dolor <u>sin receta</u> , de otra forma				
q. ¿Los obtuvo de otra manera?				

r. Si contestó SI, pregunte: ¿Cómo? _____

O43. 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)
j. Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que tuvo antes del embarazo				
k. Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que ocurrió durante su embarazo				
l. Para relajarse o aliviar la tensión o el estrés				
m. Para ayudarle con sus sentimientos o emociones				
n. Para ayudarle a dormir				
o. Para sentirse bien o drogarse				
p. Porque estaba adicta o tenía que usarlos				
q. ¿Hubo otra razón?				
r. Si contestó SI, pregunte: ¿Cual? _____ _____				

O44. 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 _____?

d. 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 _____
 -
 - 4 Número de meses _____
 - 8 Rehusó
 - 9 No sabe / No Recuerda

e. 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 _____
○
 - 4 Número de meses _____
 - 8 Rehusó
 - 9 No sabe / No Recuerda

f. 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 _____
○
 - 4 Número de meses _____
 - 8 Rehusó
 - 9 No sabe / No Recuerda

O45. 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

O46. 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

O47. 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

O48. ¿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

O49. ¿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

O50. 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.

O51. *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)
o. Medicamentos para la depresión (como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®)				
p. Medicamentos para la ansiedad (como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de “benzos” (benzodiacepinas))				
q. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina				
r. Naloxona				
s. Productos de Cannabidiol (CBD)				
t. Adderall®, Ritalin® u otro tipo de estimulante				
u. Marihuana o hachís				
v. Marihuana sintética (K2, Spice)				

w. Heroína				
x. Anfetaminas (uppers, speed, meth)				
y. Cocaína (crack, coke)				
z. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers</i>)				
aa. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP, Special K, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, sales de baño)				
bb. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (<i>huffing</i>)				

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)
f. Medicamentos para la depresión (como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®)				
g. Medicamentos para la ansiedad (como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de “benzos” (benzodiazepinas))				
h. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina				
i. Naloxona				
j. 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.