

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 Demorol®, 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

Please turn the page and answer the questions on the other side.

Please answer a few final important questions on the attached sheet.

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.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Marijuana or hash | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Synthetic marijuana (K2, Spice) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Heroin (smack, junk, Black Tar, or <i>Chiva</i>)... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Amphetamines (uppers, speed, crystal meth, crank, ice, or <i>agua</i>)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Cocaine (crack, rock, coke, blow, snow, or <i>nieve</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Tranquilizers (downers or ludes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Hallucinogens (LSD/acid, PCP/angel dust, Ecstasy, Molly, mushrooms, or 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"/> |

Thank you for answering these questions! Your answers will help us understand how to improve the health of mothers and babies.

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. 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 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:

O5. 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 **O** _____ Meses

- Menos de una semana
- Nunca

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

_____ Semanas **O** _____ Meses

- Menos de una semana
- Nunca

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

_____ Semanas **O** _____ Meses

- Menos de una semana
- Nunca

O6. 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

O7. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo problemas reduciendo o dejando de usar los medicamentos recetados para el dolor?

- No
- Sí

Por favor, pase a la siguiente página y conteste las preguntas que se encuentran ahí.

Por favor, responda algunas preguntas importantes que hay en la hoja adjunta.

O8. 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

O9. 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

O10. ¿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

O11. ¿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

O12. 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 estas preguntas! Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.