

PREGNANT WOMAN ASSESSMENT QUESTIONS

QUESTIONS		RISK/PURPOSE
<p>Мы немного изменили систему опроса, которая может отличаться от привычной вам. Вначале я задам вам несколько вопросов, а затем мы подробно рассмотрим ваши возможные проблемы и вопросы.</p>		Rapport building
	Как протекает ваша беременность?	Rapport building
1.	<p>Когда вы первый раз были на приеме у врача по поводу этой беременности?</p> <p><i>(Примечание: имя врача указано в карточке Custom tab.)</i></p>	No Prenatal Care > 13 weeks
2.	<p>Установил ли врач наличие проблем со здоровьем, связанных с беременностью?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Что именно? • (Если нет) Вас что-нибудь беспокоит в том, как протекает ваша беременность? 	Gestational Diabetes, Fetal Growth Restriction, Breastfeeding While Pregnant, Multiple Fetuses
3.	<p>Испытываете ли вы сейчас:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Тошноту и рвоту? -Высокое кровяное давление -Изжогу? -Запор? 	Severe Nausea/Vomiting, Pregnancy Induced Hypertension
4.	<p>Есть ли у вас общие проблемы со здоровьем?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Что именно? 	<Select appropriate medical risk(s)>
5.	<p>Есть ли у вас недавно перенесенные операции?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Что именно? • Была ли у вас операция, влияющая на то, как вы сейчас питаетесь? • (Если да) Какая? 	Recent Major Surgery, Trauma, Burns, Bariatric Surgery (dietary impact)
6.	<p>Принимаете ли вы какие-либо лекарства?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Какие? 	Drug Nutrient Interactions
7.	<p>Какие витамины и добавки к рациону вы принимаете?</p> <ul style="list-style-type: none"> • В каком количестве? • Принимаете ли вы витамины для беременных? • (Если нет) Принимаете ли вы добавки с содержанием железа? 	Inadequate Vitamin/Mineral Supplementation, Inappropriate or Excessive Supplements
8.	<p>Есть ли у вас заболевания зубов, десен, не запломбированные дырки в зубах?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Что именно? 	Severe Dental Problems
9.	Сколько у вас было беременностей и сколько живых детей вы родили?	Spon. Ab, Fetal or Neonatal Loss (Hx)
10.	<p><i>(Если случались в прошлые беременности)</i></p> <p>Были ли у вас проблемы со здоровьем во время прошлых беременностей, например, гестационный диабет?</p>	Gestational Diabetes (Hx)

PREGNANT WOMAN ASSESSMENT QUESTIONS

QUESTIONS		RISK/PURPOSE		
11.	<p><i>(Если у вас уже есть дети)</i> Когда у вас была последняя беременность?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сколько весил ребенок (дети) при рождении? • Были ли роды преждевременными? • Были ли у ребенка врожденные заболевания? 	LGA (Hx), LBW (Hx), Premature (Hx), Two Preg in Two Years, Nutr Related Birth Defects (Hx)		
12.	<p>Какой у вас аппетит? Придерживаетесь ли вы специальной диеты?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Какой? 	Very Restrictive Diet		
13.	<p>Есть ли у вас пищевая аллергия?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) На что именно? 	Food Allergy, Lactose Intolerance		
14.	<p>Употребляете ли вы:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Сырое или непастеризованное молоко, сок? -Мягкий сыр, например queso fresco, Brie или Blue? -Сырые или полуготовые хот-доги, говядину, свинину, птицу, морепродукты, яйца или тофу? 	Potentially Contaminated Foods		
15.	<p>Едите ли вы такие предметы как лед, землю, глину, облупившуюся краску или крахмал?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Что именно? 	Pica		
Следующие вопросы мы задаем всем пациентам. Они касаются вашего здоровья и безопасности.		Transition		
16.	<p>Курите ли вы?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Сколько? 	Maternal Smoking		
17.	<p>Курит ли кто-нибудь у вас дома?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Кто и как много? 	Secondhand Smoke		
18.	<p>Когда вы последний раз употребляли алкоголь?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сколько алкоголя вы употребляете? Как часто? 	Alcohol Use		
19.	<p>Употребляете ли вы марихуану или другие наркотики?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Что и как часто? 	Drug Use		
20.	<p>Испытывали ли вы в последнее время подавленное состояние или депрессию?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Что вы чувствовали? • (Если да) Вы лечитесь от депрессии? (лекарства, консультации) 	Depression		
21.	<p>Причиняет ли кто-то вред вам или вашему ребенку/детям?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Если да) Каким образом? 	Recipient of Abuse (past 6 months)		
<p>Note: During the risk interview consider the following additional risks that are not included in the previous questions:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 16 Years at Conception • 17 years at conception • Limited Skills for Proper Nutrition </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 16 Years at Conception • 17 years at conception • Limited Skills for Proper Nutrition </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 16 Years at Conception • 17 years at conception • Limited Skills for Proper Nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 16 Years at Conception • 17 years at conception • Limited Skills for Proper Nutrition
<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 16 Years at Conception • 17 years at conception • Limited Skills for Proper Nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 16 Years at Conception • 17 years at conception • Limited Skills for Proper Nutrition 			
<p>If no risks have been identified, assign: Not Meeting Dietary Guidelines</p>				
<p>It is a requirement to ask every pregnant woman about their plans to breastfeed. Following is a sample question that may be used at any time during the certification to begin the discussion about breastfeeding: <i>What have you heard about breastfeeding?</i></p>				