

PRENATAL SCREENING FORM

Please answer the questions below to the best of your ability. You may have to speak to family members to get the most accurate information. When asked for information about your family members and those of your baby's father, we are interested in learning about you, your baby's father, any other children that either of you might have and both of your parents, brothers, sisters, grandparents, aunts, uncles, cousins, nieces, and nephews.



Patient's Name: _____

DOB: _____

Initials

- _____ 1. How old will you be when you deliver this baby? _____ How old is your baby's father? _____
- _____ 2. Is there any history of birth defects, such as cleft lip or palate, spina bifida, a heart defect, a limb abnormality (such as club foot), a brain or kidney abnormality, a defect in the abdominal wall, or any other birth defect in you, your family, or your baby's father or his family?
 YES NO
- _____ 3. Has anyone in your family or baby's father's family had surgery as an infant, died early in childhood, or suffered from an unusual illness or chronic condition?
 YES NO
- _____ 4. Is there any history of mental retardation, autism, developmental delays, or Fragile X syndrome in anyone in your family or your baby's father's family?
 YES NO
- _____ 5. Is there any history of any genetic disease, including Down's Syndrome, Cystic Fibrosis, Muscular Dystrophy, Hemophilia, Huntington's Chorea, Phenylketonuria, a congenital hearing loss, or any other chromosomal abnormality or genetic disease in your family or your baby's father's family?
 YES NO
- _____ 6. Have you ever been screened to see if you are a carrier for Cystic Fibrosis?
 YES NO
- _____ 7. Does any birth defect or distinctive mark run in your family or your baby's father's family? Examples might include missing digits, light brown birthmarks, club feet, & hair patches at the base of the spine?
 YES NO
- _____ 8. Have you (or your baby's father in a prior relationship) had 2 or more miscarriages or any stillbirths?
 YES NO
- _____ 9. Are you or your baby's father Jewish, French Canadian, or Cajun descent?
If YES, have you ever had carrier screening for any of the Ashkenazi Jewish diseases (Tay Sachs, Canavans etc)? YES NO
- _____ 10. Are you or your baby's father African American, Hispanic, or African descent?
 YES NO
- _____ 11. Are you or your baby's father of Greek, Italian, African American, Mediterranean, or Asian descent?
If YES, is there any family history of thalassemia (Cooley's anemia)?
 YES NO
- _____ 12. Are you or your baby's father blood relatives or are there any married couples in your families that might be blood relatives?
 YES NO
- _____ 13. Have you, your baby's father, or any family members had hepatitis or liver disease?
 YES NO
- _____ 14. Do you have any ongoing medical problems that require a doctor's care, such as thyroid problems, high blood pressure, diabetes, heart disease, or a seizure disorder?
 YES NO

Initials

- _____ 15. Have you ever experienced a depression (low mood, the "blues", or postpartum depression) lasting longer than two weeks? Did you seek professional treatment or use any medication?
 YES NO
- _____ 16. Have you taken any drugs or medicines (over-the-counter, prescription, or recreational) since your last period?
If YES, what have you taken: _____

- _____ 17. Do you smoke cigarettes? If YES, how many per day? _____
 YES NO
- _____ 18. Have you had any major surgery? If YES, please list all surgeries: _____

- _____ 19. Are there any medical problems that have not been mentioned in your family or your baby's father's family that worry or concern you for any reason?
If YES, please explain: _____

- _____ 20. Have you been exposed to any viral illness or had any unusual rash since your last period?
 YES NO
- _____ 21. Do you have any objections to receiving blood or blood products in an emergency situation?
 YES NO
- _____ 22. Do you own a cat? If so, do you change the litter box? YES NO
- _____ 23. Have you ever had the chickenpox or been immunized against varicella (chickenpox)?
 YES NO
- _____ 24. Have you or your partner ever had oral or genital herpes?
 YES NO
- _____ 25. Have you ever had a blood transfusion or received any blood products?
 YES NO
- _____ 26. Do you accept testing for the HIV virus?
 YES NO

Please use the space below to make any other comments that you feel might be important for us to know about you or that might help us to take care of you during your pregnancy:

I, _____, have discussed the above questions that are answered "yes" with my doctor and understand the availability and importance of genetic counseling. I wish to obtain genetic counseling.

Patient's Signature

Date

Doctor's Signature

Doctor's Name

Date

PREGUNTAS DE DETECCIÓN

Favor responder todas las preguntas. En ocasiones será necesario hablar con otros miembros de la familia para obtener más información. Cuando preguntamos por información de su familia y la del padre de su bebé, nos referimos a usted, el padre del bebé, cualquier otro niño de ambos, padres, hermanos, hermanas, abuelos, tíos, primos y sobrinos.



WEST KENDALL OBGYN
Obstetrics & Gynecology

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Initiales

- _____
1. ¿Qué edad tendrá usted al nacer su bebé? _____ ¿Qué edad tendrá el padre del bebé? _____
2. ¿Hay historia de defectos congénitos como labio leporino, paladar hendido, corazón, anomalías en extremidades (pie equinovaro), algún defecto cerebral, de riñón, defecto de la pared abdominal o cualquier otro defecto de nacimiento en usted, su familia o en la familia del padre de su bebé?
- _____ SI NO
3. ¿Algún miembro de su familia o la del padre de su bebé ha sido operado de niño, fallecido en la niñez, o ha sufrido de alguna enfermedad rara o condición crónica?
- _____ SI NO
4. ¿Hay historia de retraso mental, autismo, trastornos de crecimiento, Síndrome Frágil de X en algún miembro de su familia o la del padre de su bebé?
- _____ SI NO
- ¿Hay historia de alguna enfermedad genética, incluyendo Síndrome de Down, ¿Fibrosis Quística, Distrofia Muscular, Hemofilia, Corea de Huntington, Fenilcetonuria, pérdida de audición congénita, u otra anomalía cromosómica o enfermedad genética en su familia o la familia del padre de su bebé?
- _____ SI NO
6. ¿Se ha hecho alguna prueba para saber si es portadora de Fibrosis Quística?
- _____ SI NO
7. ¿Hay defectos de nacimiento o marcas distintivas en su familia o la del padre del bebé? Ejemplos incluyen: falta de dígitos, marcas oscuras en la piel, pie equinovaro o un lunar velludo en la base de la columna.
- _____ SI NO
8. ¿Ha tenido usted (o el padre de su bebé en una relación previa), 2 o más pérdidas o bebé que haya nacido muerto?
- _____ SI NO
9. ¿Es usted o el padre de su bebé de descendencia judía, canadiense, francesa o cajún?
- _____ SI NO
- Si respondió SI, ¿sabe si les han hecho alguna prueba para determinar si son portadores de enfermedades relacionadas con Judíos Askenazi (Tay Sachs, Canavans, etc.)? SI NO
10. ¿Es usted o el padre de su bebé de descendencia afro-americana, hispana o africana?
- _____ SI NO
11. ¿Es usted o el padre de su bebé de descendencia griega, italiana, afro-americana, mediterránea, o asiática?
- _____ SI NO
- Si respondió SI, ¿sabe si hay un historial familiar de Talasemia (Anemia de Cooley)? SI NO
12. ¿Es usted o el padre de su bebé familia de sangre o hay alguna otra pareja en su familia que son familia de sangre?
- _____ SI NO
13. ¿Usted, el padre de su bebé o algún miembro de su familia han tenido hepatitis o alguna enfermedad del hígado?
- _____ SI NO
14. ¿Tiene alguna enfermedad activa que requiera cuidado médico, como problemas de tiroides, presión alta, diabetes, enfermedad cardíaca o epilepsia?
- _____ SI NO

Initiales

- _____ SI NO
15. ¿Usted ha tenido depresión (post-parto, etc.) que haya durado más de dos semanas? ¿Buscó algún tratamiento profesional o usó medicamentos?
- _____ SI NO
16. ¿Usted ha usado alguna droga o medicamentos (sin recetas o recreativas) desde su última menstruación?
- Si respondió SI, ¿qué ha tomado?: _____

- _____ SI NO
17. ¿Fuma cigarrillos? ¿Cuantos al día? _____
- _____ SI NO
18. ¿Usted ha tenido alguna cirugía anteriormente? Si respondió SI, listar cirugías: _____

- _____ SI NO
19. ¿Usted tiene algún problema médico o condición que no ha mencionado, en su familia o en la familia del padre de su bebé que le preocupe por cualquier razón?
- Si respondió SI, cuales son: _____

- _____ SI NO
20. ¿Usted ha estado expuesta a alguna enfermedad viral o tenido erupciones en la piel desde su última menstruación?
- _____ SI NO
- _____ SI NO
21. ¿Esta dispuesta a recibir transfusiones de sangre o productos sanguíneos en caso de emergencia?
- _____ SI NO
- _____ SI NO
22. ¿Tiene un gato en su casa? Si respondió SI, ¿usted limpia los desechos del gato? SI NO
- _____ SI NO
23. ¿Usted ha tenido varicela o esta vacunada contra la varicela?
- _____ SI NO
- _____ SI NO
24. ¿Usted o su pareja han tenido herpes labial o genital?
- _____ SI NO
- _____ SI NO
25. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos?
- _____ SI NO
- _____ SI NO
26. Aceptas hacerte la prueba del virus VIH?

Favor usar el siguiente espacio para comentarios que crea importantes o que nos puedan ayudar en el cuidado de su embarazo:

Yo, _____, he discutido todas las preguntas con respuesta de "SI" con el doctor y entiendo la disponibilidad e importancia de la consejería genética.

Firma

Fecha

Firma del Doctor

Nombre del Doctor

Fecha