

Appendix 2b pregnant questionnaire

Name of pregnancy : _____

ID no : _____

孕期危险因素暴露调查表

Pregnancy risk factor exposure questionnaire

A 一般情况 General information

A1 您的出生日期是 Birth date	_____年_____月_____日
A2 民族 Nationality	<input type="checkbox"/> 1 汉族 Han <input type="checkbox"/> 2 其他 other _____
A3 您的最高学历 Education	<input type="checkbox"/> 1 初高中以下 Mid <input type="checkbox"/> 2 大专本科 High <input type="checkbox"/> 3 硕士研究生以上及以上 College
A4 您现在的主要职业 Occupation	<input type="checkbox"/> 1 管理人员/干部 <input type="checkbox"/> 2 技术人员 <input type="checkbox"/> 3. 企业主 <input type="checkbox"/> 4 工人 <input type="checkbox"/> 5 农民 <input type="checkbox"/> 6 个体户 <input type="checkbox"/> 7 其它 _____
A6 家庭住址: Address	_____区/县_____街道/小区_____门牌号码/村
A7 联系电话 (请您认真填写, 以助于医生和您联系): Contact number	_____(手机) _____(固定电话) _____(Email) _____(微信号)

B 本次妊娠情况

B1 您孕前体重通常为? Current weight	_____ (公斤 Kg)
B2 您身高是? Height	_____ (厘米 cm)
B3 您的腰围是? Waist	_____ (厘米 cm)
B4 您此次怀孕的末次月经时间? What was the first day of the menstrual period that came right before this pregnancy (LMP)?	_____年_____月_____日
B5 孕期是否发生过重大负性生活事件而使您的精神受到刺激? Have you ever experienced the negative events which irritate you and generate some negative emotion?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
B6 生这个孩子是您第几次怀孕? How many times have you been pregnant?	_____次
B7 是否有不良生育史? Did you have the adverse reproductive history?	<input type="checkbox"/> 1 有 (继续回答 B6.1) <input type="checkbox"/> 0 无 (跳至 B7)
B6.1 流产史 Abortion	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 0 无
B6.2 早产史 Preterm	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 0 无
B6.3 死产史 Stillbirth	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 0 无
B8 您是否有糖尿病和高血压疾病? Do you have hypertension or diabetes	<input type="checkbox"/> 1 是 (继续回答 B8) <input type="checkbox"/> 0 否 (跳至 C1) <input type="checkbox"/> 999 不知道 (跳至 C1)
B9 您的直系亲属中是否患有糖尿病、高血压疾病? Is there the family history of hypertension or diabetes in children's immediate family members	<input type="checkbox"/> 1 是 (继续回答 B8) <input type="checkbox"/> 0 否 (跳至 C1) <input type="checkbox"/> 999 不知道 (跳至 C1)
B10 若有, 请选择出该亲属与您的关系 (可多选) If so, please choose the relationship with the child	<input type="checkbox"/> 1. 父亲 <input type="checkbox"/> 2. 母亲 <input type="checkbox"/> 3. 爷爷 <input type="checkbox"/> 4. 奶奶 <input type="checkbox"/> 5. 兄弟 <input type="checkbox"/> 6. 姐妹

C 叶酸使用

C1 在您末次月经前三个月内, 您是否服用过叶酸? <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 Did you take folic acid in the month before your last period?			
C2 在您末次月经之后至今, 您是否服用过叶酸? <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 Did you take any folic acid after your last period and during pregnancy?			
	叶酸 1	叶酸 2	叶酸 3
C3 药物名称(商品名) Brand name			
C4 使用时间 When did you take it?	<input type="checkbox"/> 1 孕前 before pregnancy <input type="checkbox"/> 2 孕后 pregnancy <input type="checkbox"/> 3 孕前孕后都有 always	<input type="checkbox"/> 1 孕前 before pregnancy <input type="checkbox"/> 2 孕后 pregnancy <input type="checkbox"/> 3 孕前孕后都有 always	<input type="checkbox"/> 1 孕前 before pregnancy <input type="checkbox"/> 2 孕后 pregnancy <input type="checkbox"/> 3 孕前孕后都有 always
C5 是否在怀孕期间一直使用? Did you take it during the rest of your pregnancy?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
C6 是否停止使用过? Did you stop taking it?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
C7 使用频率? How often did you take it?	____次/□天 □周 □月	____次/□天 □周 □月	____次/□天 □周 □月
C8 每次的使用量 What is the usage per time?	一次____片	一次____片	一次____片

D 维生素使用

D1 在您末次月经的前三个月内, 您是否服用过维生素? <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 Did you take any vitamins in the three months before your last period?			
D2 在您末次月经之后至今, 您是否服用过维生素? <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 (跳至 E1) Did you take any vitamins after your last period and during pregnancy?			
	维生素 1	维生素 2	维生素 3
D3 维生素名称 Vitamin name			
D4 维生素商品名称 Brand name			
D5 是否是医生给药? Did your doctor give it to you?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
D6 是否包括叶酸? Does it contain folic acid?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 999 不知道	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 999 不知道	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 999 不知道

D7 使用时间 When did you take it?	<input type="checkbox"/> 1 孕前 before pregnancy <input type="checkbox"/> 2 孕后 pregnancy <input type="checkbox"/> 3 孕前孕后都有 always	<input type="checkbox"/> 1 孕前 before pregnancy <input type="checkbox"/> 2 孕后 pregnancy <input type="checkbox"/> 3 孕前孕后都有 always	<input type="checkbox"/> 1 孕前 before pregnancy <input type="checkbox"/> 2 孕后 pregnancy <input type="checkbox"/> 3 孕前孕后都有 always
D8 是否停止使用过? Did you stop taking it?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
D9 使用频率? How often did you take it?	____次/□天 □周 □月	____次/□天 □周 □月	____次/□天 □周 □月
D10 每次的使用量 What is the usage per time?	一次____片	一次____片	一次____片

E 其他营养补充剂使用情况 Other nutritional supplement use

营养补充剂种类 Nutritional supplement types	铁 Fe	钙 Ca	锌 Zn
您在近三个月是否服用 Did you take it around the time you became pregnant?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
您服用的什么品牌的营养补充剂? (如果没有, 选项请在其他地方写明) Brand name	<input type="checkbox"/> 1、汤臣倍健叶酸亚铁片 <input type="checkbox"/> 2、安利纽崔莱铁片 <input type="checkbox"/> 3、金康倍叶酸铁片 <input type="checkbox"/> 4、其他_____	<input type="checkbox"/> 1、惠氏金钙尔奇 <input type="checkbox"/> 2、君宝康孕妇钙片 <input type="checkbox"/> 3、十月妈咪维生素 AD 钙锌咀嚼片 <input type="checkbox"/> 4、安利钙镁片 <input type="checkbox"/> 5、其他_____	<input type="checkbox"/> 1、美康利健 MK 硒金牡蛎锌片 <input type="checkbox"/> 2、汤臣倍健 锌咀嚼片 <input type="checkbox"/> 3、宫诺肽片 <input type="checkbox"/> 4、其他_____
您这三个月的服用频率? (如果食用频率小于每天/周一次, 请填写每周/月食用几次, 并勾出周/月) How often did you take it?	____次/□天 □周 □月	____次/□天□周□月	____次/□天 □周 □月

F 草本药物使用

F1 在您末次月经前三个月内, 您是否使用过任何一种草本药物/传统医学药物? Did you take any herbal supplements/traditional Chinese medicine in the three months before your last period <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
--

F2 在您末次月经之后，您是否使用过任何一种草本药物/传统医学药物 Did you take any herbal supplements/traditional Chinese medicine after your last period and during pregnancy? ? <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 (跳至 F1)			
	草本药物 1 Herbal 1	草本药物 2 Herbal 2	草本药物 3 Herbal 3
F3 草本药物类型 Name of herb	<input type="checkbox"/> 1 中成药 <input type="checkbox"/> 2 中医草药	<input type="checkbox"/> 1 中成药 <input type="checkbox"/> 2 中医草药	<input type="checkbox"/> 1 中成药 <input type="checkbox"/> 2 中医草药
F4 药物名称(如果选择中医草药,请填写中药功效) The use of traditional Chinese medicine			
F5 用药持续多少天 How long did you take in?	_____天	_____天	_____天

G 吸烟情况

G1 您在怀孕前或者怀孕期间吸烟吗? Did you smoke cigarettes before or during your pregnancy with the baby?	<input type="checkbox"/> 1 是	<input type="checkbox"/> 0 否 (跳至 F9)
G2 在您末次月经的当月，您是否吸烟? Did you smoke during the month before your last menstrual period ?	<input type="checkbox"/> 1 是	<input type="checkbox"/> 0 否
G3 在您末次月经的一个月后（末次月经结束直至一个月后），您是否吸烟? (跳至 5) Did you smoke during the month after your last menstrual period, that is between LMP and LMP+1 month	<input type="checkbox"/> 1 是	<input type="checkbox"/> 0 否
G4 如果是，您平均每天吸多少支烟? On average, how many cigarettes did you smoke each day in the month after your last menstrual period ? 支		
G5 在您怀孕期间，您是否吸烟? Did you smoke during your pregnancy?	<input type="checkbox"/> 1 是	<input type="checkbox"/> 0 否 (跳至 F7)
G6 在您怀孕期间，您平均每天吸多少支烟? On average how many cigarettes did you smoke each	_____ 支	
G7 在您末次月经期间至今，您是否戒过吸烟? Did you stop smoking at any time between your last menstrual period and the end of your pregnancy?	<input type="checkbox"/> 1 是	<input type="checkbox"/> 0 否 (跳至 F9)
G8 您戒烟有多少次? How many times did you stop?		_____ 次
G9 在您怀孕的大多数时间里，您是否暴露于他人烟草烟雾中? On most days during your pregnancy, were you exposed to someone else's cigarette smoke?	<input type="checkbox"/> 1 是	<input type="checkbox"/> 0 否 (跳至 G1)

G10 您在哪里暴露与烟草烟雾中?

Where were you exposed to the smoke?

1 仅在家中 2 仅在工作单位 3 在家和在工作单位均暴露

H 酒精

H1 在您怀孕前三个月至今，您是否饮用过任何含有酒精的饮料?

1 是 0 否

During the 3 months before or during your pregnancy, did you ever drink any alcoholic beverages?

H2 在这三个月内，您通常每次饮几杯酒?

_____ 杯

On those days that you drank, how many drinks did you have?

I 环境暴露情况

I1 怀孕前三个月到现在，您是否染烫发?

1 是 0 否

Did you dye perm in the first three months of pregnancy?

I2 怀孕前三个月到现在，后您工作的地点或家里是否装修过?

1 是 0 否

Did you exposed to formaldehyde in the first three months of pregnancy?

I3 怀孕前后您是否接触过下列物质? Have you been exposed to the following substances before and after pregnancy? (Toxic chemicals)

1 除草剂 2 杀虫剂 3 灭鼠剂 4 有机溶剂 5 消毒剂
6 金属制剂 7 有害气体 8 有害固体

J 药物使用情况

以下问题是有关于您在末次月经之前三个月内至今期间的用药情况

	治疗高血压 药物 Medication for hypertension	胰岛素 Insulin for diabetes	口服降血糖 药物 Oral hypoglycemic for diabetes	抗癫痫药物 Medications for epilepsy	每天都要服用 的药物 Medications at least once a day	
1 您是否使用过? Did you take?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	
2 您使用的药物名称? What did you take?	_____	_____	_____	_____	_____	
如果下一个问题令您感到不安且不愿意回答，请在“拒答”上打√，我们将对您所有回答进行严格保密!						
	安定\有助于 您放松药物 Valium\drugs to help you	使您感觉良 好\精力旺盛 Make you feel	美沙酮\氧可酮\ 其他止痛药 Methadone oxymoron\other	可卡因 Cocaine or crack cocaine	海洛因 Heroin	大麻 Marijuana

	relax	good\have more energy	pain killers			
1 您是否使用过? Did you take?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 2 拒答 <input type="checkbox"/> 9 不清楚	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 2 拒答 <input type="checkbox"/> 9 不清楚	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 2 拒答 <input type="checkbox"/> 9 不清楚	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 2 拒答 <input type="checkbox"/> 9 不清楚	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 2 拒答 <input type="checkbox"/> 9 不清楚	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 2 拒答 <input type="checkbox"/> 9 不清楚
2 您使用的药物名称? What did you take?	_____	_____	_____	_____	_____	_____

I 您在怀孕期间是否患过以下疾病？

I.3 发热性疾病及呼吸道感染 Febrile illness and respiratory infections	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
I.3.1 您发烧时的最高温度是多少？ What was the highest temperature of your fever during your illness?	_____°C
I.3.2 您发烧有几天？ How long did you have a fever?	_____天
I.6 其他_____	

调查结束，谢谢您的配合！

调查员姓名 _____

调查日期 ____/____/____
年 月 日