

请勾选回答选项旁的方框,或按照问题中的指示进行说明。您可能需要跳过一些对您不适用的问题。

怀孕前

最开始的问题是关于您自身的状况。

1. 您的出生日期是哪一天?

/ /
 月 日 年

2. 您如何描述您的性别?

- 女
 男
 跨性别者
 性别酷儿或性别未明者
 倾向于自我描述——>请说明:

3. 您在怀孕之前, 是否有以下状况?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. 有严重重听, 抑或患有耳聋? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 即使戴着眼镜, 也有严重的视物困难, 抑或眼睛失明? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 走路或爬楼梯有严重困难? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 由于身体、精神或情绪状况, 难以集中注意力、记忆或做出决定? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 难以自己穿衣或洗澡? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 由于身体、精神或情绪状况, 难以独立完成差事(如去医生办公室或购物)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

接下来的问题是关于您怀孕前的情况。

4. 在您怀上新宝宝之前的 3 个月里, 您是否有以下健康状况?

对于每一项描述, 如果您没有这种情况, 请勾选“否”, 如有, 则勾选“是”。

- | | 否 | 是 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. 1 型或 2 型糖尿病 (不是妊娠糖尿病或孕期开始的糖尿病) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 高血压 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 抑郁症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 焦虑症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 哮喘 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. 在您怀上新宝宝之前的 12 个月里, 您是否进行过以下医疗保健就诊?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 定期接受家庭医生的检查 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 定期接受妇产科医生的检查 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 因受伤、疾病或慢性病就诊 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 到急诊所或急诊室就诊 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 计划生育或避孕就诊 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 抑郁症或焦虑症就诊 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 洁牙就诊 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 其他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 请说明:

如果您在怀孕前的 12 个月内有过任何医疗保健就诊, 请转到第 2 页问题 7。

6. 您在怀上新宝宝之前的12个月里,为什么没有进行任何医疗保健就诊?

请勾选所有适用的选项

- 我不知道我是否需要就诊
- 我没有足够的钱或保险来支付就诊费用
- 我感觉很好,认为我不需要就诊
- 我想预约却没能预约
- 我没有交通工具去诊所或医生办公室
- 我有太多其他事情要做
- 我不能从工作或学校请假
- 我没有照顾我的孩子
- 医生的办公室太远了
- 其他 _____ → 请说明:

如果您没有进行任何医疗保健就诊,请转到问题8。

7. 在您怀孕前12个月的任何一次医疗保健就诊中,医疗保健提供者是否做了以下任何事情?

对于每一项描述,请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 与我谈论..... | | |
| a. 我的体重..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 定期测量血压..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我想要还是不想孩子..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 避孕方法..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 如何在怀孕前改善我的健康状况..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 性传播感染,如衣原体、淋病、梅毒或艾滋病毒..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 询问我..... | | |
| g. 我是否吸烟或使用电子烟或其他无烟烟草..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 我是否受到他人情感或身体上的伤害.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 我是否感到抑郁或焦虑..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

接下来的问题是关于您的健康保险。

8. 在您怀上新宝宝的前一个月,您有什么样的健康保险?

请勾选所有适用的选项

- 私人健康保险(由我、他人或通过工作支付)
- 医疗补助 (Medicaid)
- 其他公共健康保险(如 Essential Plan 或 Child Health Plus)
- TRICARE 或其他军事医疗
- 其他健康保险 → 请说明:

- 我怀孕前一个月没有任何健康保险

如果您在怀孕前一个月有健康保险,请转到问题10。

9. 是什么原因导致您在怀孕前一个月没有任何健康保险?

请勾选所有适用的选项

- 健康保险太贵了
- 我无法从我的工作或配偶或伴侣的工作获得健康保险
- 我申请了健康保险,但一直在等待领取
- 我在健康保险申请或网站上遇到问题
- 我的收入太高,没有资格享受医疗补助 (Medicaid)
- 我的收入太高,没有资格从纽约州医疗保险市集(英语New York State of Health Marketplace)或 HealthCare.gov 获得税收抵免
- 我不知道如何获得健康保险
- 其他 _____ → 请说明:

10. 您在最近一次怀孕期间, 有什么样的健康保险?

请勾选所有适用的选项

- 私人健康保险 (由我、他人或通过工作支付)
- 医疗补助 (Medicaid)
- 其他公共健康保险 (如 Essential Plan 或 Child Health Plus)
- TRICARE 或其他军事医疗
- 其他健康保险 → 请说明:

- 我在怀孕期间没有任何健康保险

11. 您现在有什么样的健康保险?

请勾选所有适用的选项

- 私人健康保险 (由我、他人或通过工作支付)
- 医疗补助 (Medicaid)
- 其他公共健康保险 (如 Essential Plan 或 Child Health Plus)
- TRICARE 或其他军事医疗
- 其他健康保险 → 请说明:

- 我现在没有任何健康保险

12. 回想一下您怀上新宝宝之前, 您对怀孕是怎么想的?

请勾选一项回答

- 我想晚点再怀孕
- 我想早点怀孕
- 当时我想怀孕
- 我当时或将来任何时候都不想怀孕
- 我不确定自己想要什么

13. 当您怀上新宝宝时, 您是想怀孕吗?

- 否
- 是

转到第 4 页问题 16

14. 当您怀上新宝宝时, 您或您的配偶或伴侣是否采取了任何措施来防止怀孕? 这可能包括让您结扎输卵管、使用避孕药、避孕套、自然计划生育或其他方法。

- 否
- 是

转到第 4 页问题 16

15. 您没有采取任何措施防止怀孕的原因是什么?

请勾选所有适用的选项

- 我不介意我怀孕
- 我当时以为我不能怀孕
- 我不想采取避孕措施
- 我使用的避孕方法有副作用
- 我没有如愿采用想要的避孕措施
- 我以为我的配偶或伴侣或我没有生育能力 (根本无法怀孕)
- 我的配偶或伴侣不想使用避孕套
- 我的配偶或伴侣不希望我采取避孕措施
- 我忘了采取避孕措施了
- 其他 → 请说明:

怀孕期间

接下来的问题是关于您的产前护理。这可能包括在宝宝出生前去看医生、护士或其他医护人员，以接受检查和获得怀孕建议。(查看日历可能有助于回答这些问题。)

16. 您在最近一次怀孕期间接受过产前护理吗？

- 否
 是

转到问题 18

17. 在您的任何一次产前护理就诊中，医疗保健提供者是否做了以下任何事情？对于每一项描述，请勾选“否”或“是”。

否 是

与我谈论.....

- a. 怀孕期间我应该增重多少.....
- b. 做一些检查来筛查出生缺陷或家族遗传病.....
- c. 早产的体征和症状(预产期3周之前分娩).....
- d. 如果我在怀孕期间或宝宝出生后感到抑郁或焦虑，该怎么办.....

询问我.....

- e. 我是否计划母乳喂养新生儿.....
- f. 我是否计划在孩子出生后采取避孕措施.....
- g. 我是否正在服用任何处方药.....
- h. 我是否吸烟或使用电子烟或其他无烟烟草.....
- i. 我是否在饮酒.....
- j. 我是否受到他人情感或身体上的伤害.....
- k. 我是否在使用违禁药品.....
- l. 我是否在吸食大麻.....
- m. 我是否想接受艾滋病毒检测.....

18. 在您的宝宝出生前的12个月里，医疗保健提供者是否为您提供了以下疫苗或接种？

对于每一项描述，请勾选“否”或“是”。

否 是

- a. 流感疫苗.....
- b. 白百破疫苗(预防破伤风、白喉和百日咳).....
- c. 新冠疫苗.....

19. 您在怀孕前或怀孕期间是否接种了以下疫苗？

对于每项疫苗，请勾选所有适用的选项：

B 代表怀孕前3个月

D 代表怀孕期间

或者勾选 **N** (如果您在怀孕前3个月或怀孕期间没有接种疫苗)

B D N

- a. 流感疫苗.....
- b. 白百破疫苗.....
- c. 新冠疫苗.....

20. 您在最近一次怀孕期间，有没有请牙医或牙科保健师洗牙？

- 否
 是

21. 在最近一次怀孕期间，是否有以下任何事情让您很难去看牙医或去牙科诊所？

对于每一项描述，请勾选“否”或“是”。

否 是

- a. 我找不到能接待孕妇的牙医或牙科诊所.....
- b. 我找不到能接待医疗补助(Medicaid)患者的牙医或牙科诊所.....
- c. 我认为怀孕期间去看牙医不安全.....
- d. 我负担不起去看牙医或去牙科诊所的费用.....
- e. 我找不到附近方便去的牙医或牙科诊所.....

22. 在您最近一次怀孕期间, 医疗保健提供者是否告诉您您有以下任何健康问题?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

否 是

- a. 妊娠糖尿病 (本次怀孕期间**开始**的糖尿病)
- b. 高血压 (本次怀孕期间**开始**出现)、先兆子痫或子痫
- c. 抑郁症
- d. 焦虑症

如果您在怀孕前或怀孕期间患有高血压, 请转到问题 23。如果没有, 则转到问题 24。

23. 在您最近一次怀孕期间, 医疗保健提供者是否做了以下任何事情来帮助您控制高血压?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

否 是

- a. 给我介绍其他医疗保健提供者
- b. 告诉我怀孕**期间**要定期检查血压
- c. 与我谈论怀孕**后**保持健康体重
- d. 与我谈论怀孕**后**定期检查血压
- e. 与我谈论怀孕**后**患高血压 (慢性高血压) 和心脏病的风险

24. 在您最近一次怀孕期间, 您有没有得到关于怀孕期间和怀孕后需要立即就医的“警示信号”的信息? 其中一些“警示信号”包括发烧、频繁或严重头痛、头晕或严重胃痛。

否
 是

转到问题 26

25. 在您最近一次怀孕期间, 您是否从以下任何来源获得了有关警示信号的信息?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

否 是

- a. 医疗保健提供者 (如医生、护士或助产士)
- b. 网站或社交媒体 (如 Facebook、Instagram 或 Twitter)
- c. 任何使用“Hear Her”口号的信息来源 (如网站、社交媒体或纸质讲义)
- d. 家人或朋友

接下来的问题是关于香烟、电子烟和其他烟草产品的。

26. 您在过去两年内吸过烟吗?

否
 是

转到第 6 页问题 30

27. 您在怀孕前的 3 个月里, 平均每天吸多少支烟?

- 一包以上 (21 支或更多支香烟)
- 半包到一包 (11 到 20 支香烟)
- 不到半包 (1 到 10 支香烟)
- 我当时没有吸烟

28. 您在怀孕的最后 3 个月里, 平均每天吸多少支烟?

- 一包以上 (21 支或更多支香烟)
- 半包到一包 (11 到 20 支香烟)
- 不到半包 (1 到 10 支香烟)
- 我当时没有吸烟

29. 您现在平均每天吸多少支烟?

- 一包以上 (21 支或更多支香烟)
- 半包到一包 (11 到 20 支香烟)
- 不到半包 (1 到 10 支香烟)
- 我现在不吸烟了

30. 在过去两年里, 您是否使用过电子烟或其他电子尼古丁产品?

- 否
- 是

转到问题 34

31. 您在怀孕前的 3 个月里, 平均多久使用一次电子烟或其他电子尼古丁产品?

- 每一天
- 若干天
- 当时我没有使用电子烟或其他电子尼古丁产品

32. 您在怀孕的最后 3 个月里, 平均多久使用一次电子烟或其他电子尼古丁产品?

- 每一天
- 若干天
- 当时我没有使用电子烟或其他电子尼古丁产品

33. 在过去两年里, 您是否使用过电子烟或其他电子尼古丁产品来减少吸烟或戒烟?

- 否
- 是

接下来的问题是关于饮酒的。酒精饮料可以是一杯葡萄酒、一罐或一瓶啤酒或烈性苏打水、一小杯白酒或混合饮料。

34. 在最近一次怀孕期间, 您在以下时间段是否喝过酒精饮料?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

否 是

- a. 怀孕的前 3 个月 (妊娠早期)? 这包括知道自己怀孕之前的时间.....
- b. 怀孕的中间 3 个月 (妊娠中期)?.....
- c. 怀孕的最后 3 个月 (妊娠晚期)?.....

如果您在怀孕期间没有喝过任何酒精饮料, 请转到问题 36。

35. 在最近一次怀孕期间, 您是否在以下时间段在 2 小时内喝了 4 杯或更多的酒精饮料?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

否 是

- a. 怀孕的前 3 个月 (妊娠早期)? 这包括知道自己怀孕之前的时间.....
- b. 怀孕的中间 3 个月 (妊娠中期)?.....
- c. 怀孕的最后 3 个月 (妊娠晚期)?.....

怀孕可能是一段艰难的时期。接下来的问题是关于您最近一次怀孕之前和怀孕期间可能发生的事情。

36. 在宝宝出生前的12个月里,您是否发生过以下任何事情?对于每一项描述,请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我分居或离婚了..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我被驱逐或被迫搬家..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我没有固定的地方睡觉..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我无家可归或不得不睡在外面、
车里或收容所..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我的配偶、伴侣或我失业了..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我的配偶、伴侣或我被削减了工
作时间或工资..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 我付不起房租、抵押贷款或其他账单..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 我的配偶或伴侣进了监狱..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 我进了监狱..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 我身边有人有酗酒或吸毒的问题..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 我身边有人病得很重或去世了..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

37. 在您怀上新宝宝之前的12个月里,以下任何人是否推、打、扇、踢、掐您或以其他方式对您造成身体伤害?

对于每一项描述,请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的配偶或伴侣..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我的前配偶或前伴侣..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. 在您最近一次怀孕期间,以下任何人是否推、打、扇、踢、掐您或以任何其他方式对您造成身体伤害?对于每一项描述,请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的配偶或伴侣..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我的前配偶或前伴侣..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

怀孕后

接下来的问题是关于您的宝宝出生后的事项

39. 您的宝宝是什么时候出生的?

/ /
月 日 年

40. 总的来说,在分娩过程中,我感觉.....
对于每一项描述,请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 询问关于所接受的分娩和分娩护理
的问题时很自在..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 在不想接受护理时能自如地拒绝..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 能舒心地接受我的提供者推荐的护
理方案..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我可以选择我接受的护理方案..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我的提供者对我很尊重..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 对所接受的分娩和分娩护理
感到满意..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. 分娩后,您的宝宝在医院住了多久?

- 不到3天
- 3至5天
- 6至14天
- 超过14天
- 我的孩子不是在医院出生的
- 我的孩子还在医院 →

转到第8页
问题44

42. 您的孩子现在还在世吗?

- 否 →
- 是

我们对您的失去深感遗憾。
转到第9页问题54

转到第8页问题43

43. 您的孩子现在和您住在一起吗?

- 否 → **转到问题 52**
- 是

44. 您给孩子母乳喂养或母乳瓶喂了多少周或几个月?

请勾选一项回答

- 我没有母乳喂养我的孩子 → **转到问题 46**

- 我母乳喂养孩子不到 1 周
- 我母乳喂养孩子的时间有：
 周 或 个月
- 我仍在母乳喂养或给孩子母乳瓶喂

45. 您的宝宝在多大时第一次喝母乳以外的液体(如配方奶粉、水、果汁或牛奶)?

请勾选一项回答

- 我的宝宝除了母乳没有喝过其他液体
- 我的宝宝还不到 1 周大时
- 我的宝宝是：

周 或 个月

46. 您的宝宝在多大时第一次吃食物(如婴儿麦片、婴儿食品或任何其他食物)?

请勾选一项回答

- 我的宝宝没有吃任何食物
- 我的宝宝还不到 1 周大时
- 我的宝宝是：

周 或 个月

如果您的宝宝仍在医院, 请转到问题 52。

47. 在过去两周里, 您是如何让新生儿宝宝在晚上和小睡时入睡的? 对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 侧睡 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 平躺睡 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 趴睡 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

48. 在过去两周里, 在您睡觉时, 您的宝宝多久独自睡在自己的婴儿床或床上?

- 总是
- 经常
- 有时
- 很少
- 从不 → **转到问题 50**

49. 在过去两周里, 您宝宝的婴儿床或床是否同在您或其他成年人的卧室?

- 否
- 是

50. 在过去两周里, 您把新生儿宝宝放在哪里睡觉? 对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 在婴儿床、便携式婴儿床或摇篮中 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 在双床或更大的床垫或床上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 在睡椅、沙发或扶手椅上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 在婴儿汽车座椅上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 在秋千、摇椅或其他倾斜的卧铺上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 在床中床上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 在婴儿板或摇篮板上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 其他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 请说明

51. 在过去两周里, 您的宝宝是否被放置在以下床上用品中睡觉?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 在睡袋或可穿戴的毯子中..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 在襁褓中..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 棉被、薄被、毯子或大被单..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 柔软的玩具、垫子或枕头,
包括哺乳枕头..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 婴儿床缓冲垫(网状或非网状)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 其他..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 请说明

52. 自新宝宝出生后, 有没有家访人员来您家帮助您学习如何照顾自己或新生宝宝? 家访人员是护士、医疗保健提供者、陪护、社会工作者或其他为新生儿家庭提供帮助的计划的计划的工作人员。

- 否 → **转到问题 54**
- 是

53. 自新宝宝出生后, 谁是来您家的家访人员?

请勾选所有适用的选项

- 护士、护士助理或助产士
- 导师或健康教育者
- 陪护或分娩教育者
- Nurse Family Partnership (NFP) 的人员
- 纽约市卫生厅新生儿家访计划的人员
- 其他人 → 请说明:

我不知道

54. 您或您的配偶或伴侣现在是否采取任何措施来防止怀孕? 这可能包括让您结扎输卵管、使用避孕药、避孕套、自然计划生育或其他方法。

- 否 → **转到第 10 页问题 56**
- 是 → **转到第 10 页问题 57**
- 我现在怀孕了 → **转到第 10 页问题 57**

55. 您现在没有采取任何措施防止怀孕的原因是什么?

请勾选所有适用的选项

- 我想怀孕, 或者不介意怀孕
- 我的输卵管结扎或堵塞了
- 我的配偶或伴侣做了输精管切除术
- 我不想采取避孕措施
- 我担心避孕的副作用
- 我的配偶或伴侣不想使用避孕套
- 我的配偶或伴侣不希望我采取避孕措施
- 我们是同性配偶/伴侣
- 我没有如愿采用想要的避孕措施
- 我觉得我不会怀孕, 因为我在哺乳
- 我没有过性生活
- 其他 → 请说明:

如果您现在没有采取任何措施来防止怀孕, 请转到第 10 页问题 57。

56. 您或您的配偶或伴侣现在使用哪种避孕施来防止怀孕?

请勾选所有适用的选项

- 输卵管结扎或堵塞
- 我的配偶或伴侣做了输精管切除术
- 避孕药
- 避孕套
- 打针或注射
- 避孕贴或阴道环
- 宫内节育器 (IUD)
- 手臂皮下埋植避孕棒
- 体外射精 (拔出)
- 自然计划生育或生育意识方法 (如节奏法或日历法或生育应用程序)
- 母乳喂养避孕 (哺乳期闭经法, 简称 LAM)
- 其他 _____ → 请说明:

57. 自新宝宝出生后, 您是否为自己做过产后检查?

产后检查是指产后 12 周内进行的定期健康检查。

- 否
- 是

转到问题 59

转到问题 58

58. 在产后检查期间, 医疗保健提供者是否做了以下任何事情?对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

否 是

与我谈论.....

- a. 健康饮食、锻炼和减掉在怀孕期间增加的体重.....
- b. 要等多久才能再次怀孕.....
- c. 避孕方法.....
- d. 医疗问题的警示信号
我可能会因为怀孕而面临风险.....
- e. 定期测量血压.....
- f. 如果我感到抑郁或焦虑该怎么办.....

询问我.....

- g. 我是否在吸烟或使用电子烟或其他无烟烟草.....
- h. 我是否受到他人情感或身体上的伤害.....

医疗保健提供者.....

- i. 给我做了糖尿病测试.....
- j. 给我开了治疗抑郁或焦虑的药物.....

59. 自新宝宝出生后, 您是否因以下任何健康状况接受过复查?对于每种病症, 如果您没有罹患, 请勾选“否”, 如果有, 请勾选“是”, 或者如果您没有此病症, 则勾选“不适用”。

否 是 不适用

- a. 糖尿病.....
- b. 高血压.....
- c. 抑郁症.....
- d. 焦虑症.....
- e. 心脏病 (如先天性心脏缺陷、心跳过快或漏跳、心力衰竭、心脏增大、心脏病发作、胸痛、心脏移植、起搏器).....

60. 自新宝宝出生后,您多久会感到沮丧、抑郁或绝望?

- 总是
 经常
 有时
 很少
 从不

61. 自新宝宝出生后,您多久会对做事情几乎没有兴趣或乐趣?

- 总是
 经常
 有时
 很少
 从不

62. 自新宝宝出生后,您多久会感到紧张、焦虑或不安?

- 总是
 经常
 有时
 很少
 从不

63. 自新宝宝出生后,您多久会无法停止或控制担忧?

- 总是
 经常
 有时
 很少
 从不

64. 医疗保健提供者是否亲自或通过表格向您询问了一系列问题,以了解您在接下来的一段时间段内是否感到沮丧、抑郁、焦虑或烦躁?对于每一项描述,请勾选“否”或“是”。

否 是

- a. 在我最近一次怀孕期间.....
 b. 自新宝宝出生后.....

65. 自新宝宝出生后,您是否觉得自己需要心理健康服务,如咨询、药物治疗或支持小组来帮助解决焦虑、抑郁、悲伤或其他问题?

否 —————> **转到第 12 页问题 68**

是

66. 您能得到您需要的心理健康服务吗?

否
 是 —————> **转到第 12 页问题 68**

67. 以下哪些陈述可以解释您为什么没有得到所需的心理健康服务?

请勾选所有适用的选项

- 我付不起这笔费用
 我无法在需要的时候尽快预约
 我的健康保险不承保任何类型的心理健康服务
 我的健康保险支付的心理健康服务费用不够
 我不知道去哪里获得服务
 我担心我分享的信息可能不会保密
 我不想让别人发现我需要治疗
 我担心自己可能会被送进精神病院
 我担心我可能不得不吃药
 我没有交通工具,治疗地点太远,或者时间不方便
 我没有时间(因为工作、照顾孩子或其他事情)
 其他 —————> 请说明:

其他经验

接下来的问题是关于各种主题。

68. 请告诉我们, 在您的宝宝出生前的 12 个月里, 以下每种情况发生的频率。

a. 我担心在我有钱买更多食物之前, 我的食物不会吃完

经常 有时 从不

b. 我买的食物不能维持多久, 我也没钱买更多的食物

经常 有时 从不

69. 在您的宝宝出生前的 12 个月里, 您是否由于缺乏交通工具而没有完成以下事项?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 赴约就诊..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 前往非医疗约诊、会议或工作..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 完成差事..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

70. 在您最近一次怀孕期间, 您是否从事有报酬的工作?

- 否 是

转到问题 74

71. 您在宝宝出生后是否有休假?

请勾选所有适用的选项

- 是的, 我休了带薪假
 是的, 我休了无薪假
 是的, 我休了纽约州带薪家庭假 (英语 New York State Paid Family Leave)
 是的, 我休了临时残疾保险 (TDI) 假
 不, 我没有休假

转到问题 73

转到问题 72

72. 您总共休了多少周或几个月的假?

写下一项回答

不到 1 周

_____ 周 或 _____ 个月

73. 以下任何事情是否影响了您在宝宝出生后休假的决定?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我经济上负担不起休假的费用..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我担心如果我休假或在外呆久点, 我会丢掉工作..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我有太多的工作要做, 不能请假或在外待久一点..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我的工作没有带薪休假..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我的工作没有灵活的工作时间..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我没有积攒足够的休假时间来休假..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

74. 在以下任意一段时间内, 您是否吸食过大麻或任何形式的大麻? 请不要包括仅含大麻或 CBD 的产品。对于每个时间段, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 在我怀孕前的三个月里..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 在我最近一次怀孕期间..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 自新宝宝出生后..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

75. 在以下任意一段时间内, 您的配偶或伴侣是否威胁过您, 是否违背您的意愿限制您的活动, 或者是否以任何其他方式让您感到不安全?

对于每个时间段, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 在我怀孕前的 12 个月里..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 在我最近一次怀孕期间..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 自新宝宝出生后..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

76. 以下问题是关于您生活中的人以及他们现在为您提供的支持。对于每一项描述,请勾选“否”或“是”。

否 是

- a. 如果您感到孤独,是否有可以求助的人?
- b. 您是否有人可以和您谈论对您来说重要的事情或您的感受?
- c. 您是否有可以信赖的人来倾听您的问题、担忧和恐惧?
- d. 您是否有人向您表达疼爱与关怀?
- e. 您是否有人和您一起做一些放松或娱乐的事情?
- f. 您是否有人可以指望借钱给您买食物或支付账单?
- g. 如果您需要帮助,是否有人可以照顾您的孩子?
- h. 如果您生病了,是否有人能帮您做日常家务?
- i. 如果您需要搭车,是否有人可以带您去诊所或医生办公室?

77. 在怀孕、分娩或产后护理期间获得医疗保健时,您是否经历过歧视,或者被阻止做某事、遇到麻烦或感到自卑?

对于每一项描述,如果您没有因此受到歧视,请勾选“否”,如果有,则勾选“是”。

否 是

- a. 我的种族、民族或肤色
- b. 我的残疾状况
- c. 我的移民身份
- d. 我的年龄
- e. 我的体重
- f. 我的收入
- g. 我的性别
- h. 我的性取向
- i. 我的宗教信仰
- j. 我的语言或口音
- k. 我的医保类型或缺乏健康保险
- l. 我的物品药物使用(酒精、烟草或其他药物)
- m. 我曾涉及司法系统(监狱)
- n. 其他原因

请说明:

78. 在您的一生中,到目前为止,您多久会因为种族、民族或肤色而受到歧视、被阻止做某事、遇到麻烦或感到自卑?

- 非常经常
- 有点经常
- 不经常
- 从来没有

79. 在您的一生中, 到目前为止, 您多久会担心自己会因为种族、民族或肤色而受到不公平的对待或评判?

- 非常经常
 有点经常
 不经常
 从来没有

80. 在以下任何情况下, 您是否曾因种族、民族或肤色而受到不公平对待?

对于每一项描述, 请勾选“否”或“是”。

- | | 否 | 是 |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 工作(招聘、晋升、解雇)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 住房(租赁、购买、抵押)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 警察(拦截、搜查、威胁)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 在法庭上..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 在学校或我孩子的学校..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 获得医疗护理..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

81. 您现在的生活状况如何?

请勾选一项回答

- 我有稳定的住处
 我今天有地方住, 但我担心将来会失去它
 我没有稳定的住处(我暂时和别人住在一起, 住在酒店、收容所, 住在外面的街上、海滩上、汽车里、废弃的建筑里、公共汽车站或火车站里, 或者公园里)

接下来的问题是关于您的宝宝出生前 12 个月的时间。

82. 在您的宝宝出生前的 12 个月里, 您每年的税前家庭总收入是多少? 包括您的收入, 您的配偶或伴侣的收入, 以及您可能收到的任何其他收入。所有信息都将予以保密, 不会影响您现在获得的任何服务。

- \$0 - \$18,000
 \$18,001 - \$23,000
 \$23,001 - \$27,000
 \$27,001 - \$32,000
 \$32,001 - \$37,000
 \$37,001 - \$42,000
 \$42,001 - \$48,000
 \$48,001 - \$60,000
 \$60,001 - \$85,000
 \$85,001 或以上

83. 在您的宝宝出生前的 12 个月里, 有多少人, 包括您自己, 依靠这笔收入生活?

人数

84. 今天的日期是几号?

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
月		日		年

我们想听到更多关于您的事情!
关于您怀孕期间的经历,您还有什么想和我们分享的吗?请在此页告诉我们。

感谢您回答我们的问题!

您的回答将帮助我们努力让纽约市的家庭过上更健康的生活。

