

PRECONCEPTUAL/PRENATAL SCREENING QUESTIONS

NAME _____ DATE _____

PLEASE CIRCLE ANY CONDITIONS APPLICABLE

	PATIENT	PARTNER	YOUR FAMILY	PARTNER FAMILY
Mental Disability	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Hereditary Disorder	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Birth Defects	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Tay Sachs/ Jewish	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Spina Bifida	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Hydrocephalus	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Cystic Fibrosis	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Prematurity	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
SIDS Baby	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
DES Exposure	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Stillbirth	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Infant Death	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Multiple Pregnancy	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Thalassemia	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Down's Syndrome	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Hemophilia	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Muscular Dystrophy	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Sickle Cell Trait	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
Multiple Miscarriages	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO