**DATA COLLECTION TEMPLATE
CLINICAL SNAKEBITE RESEARCH**

*There are five sections in this template. You may leave fields blank if you don’t have information. Fields marked with [\*] are part of the minimum dataset.*

**SECTION 1: Patient demographics and clinical conditions preceding snakebite**

[\*] Identifiant unique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Quel âge avez-vous ? (Âge en années (pour les patients âgés d'un an et plus); Âge en mois (pour les patients âgés de moins d'un an)):

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ années
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mois

[\*] Quel est votre sexe ?

*Sélectionner un*

* homme
* femme
* autre/préfère ne pas répondre

[\*] Quel est votre genre ?

*Sélectionner un*

* masculin
* féminin
* autre/préfère ne pas répondre

Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?

*Sélectionner un*

* sans instruction
* enseignement primaire ou equivalent
* enseignement secondaire ou equivalent
* enseignement technique
* enseignement universitaire ou equivalent

[\*] Quel est votre pays d'origine (là où le serpent vous a mordu)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Quel est votre état ou district d'origine (là où le serpent vous a mordu)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quel est votre ville d'origine (là où le serpent vous a mordu)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quelle est votre origine ethnique ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui décrit le mieux votre lieu de résidence ?

*Sélectionner un*

* urbain
* rural
* périurbain (mélange d'urbain et de rural)

[\*] Souffrez-vous d'une comorbidité/problème de santé préexistante ? (Hypertension, diabète, maladie rénale chronique, antécédents de troubles hémorragiques, VIH ou autre)

*Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent*

* hypertension
* diabète
* une maladie rénale chronique
* des antécédents de troubles hémorragiques (hémophilie, maladie de Von Willebrand, déficit en divers facteurs de coagulation, thrombocytopénie, coagulation intravasculaire disséminée)
* séropositif
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quelle est votre profession principale ? (Remarque : si le patient est mineur (< 15 ans), veuillez indiquer ici la profession de l'un des parents. Nous enregistrons la profession afin d'évaluer la situation financière.)

*Sélectionner un*

* agriculteur
* étudiant
* fonctionnaire/agent public
* artisan
* femme au foyer
* ouvrier
* sans emploi/retraité
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si vous travaillez (vous n'êtes ni sans emploi ni à la retraite), quelle est votre situation professionnelle ?

*Sélectionner un*

* employé à temps partiel
* employé à temps plein

Quel est votre niveau de revenu par rapport à votre pays de résidence ?

*Sélectionner un*

* faible
* moyen/moyen
* élevé

Quel type de revêtement de sol votre maison possède-t-elle ?

*Sélectionner un*

* terre battue
* béton
* carrelage
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quel type de toilettes votre maison possède-t-elle ?

*Sélectionner un*

* à l'intérieur
* à l'extérieur
* pas de toilettes

De quel type de source d'eau disposez-vous chez vous ?

*Sélectionner un*

* eau courante
* eau du robinet
* forage
* puits peu profond
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quelle est la description qui correspond le mieux à votre situation matrimoniale ?

*Sélectionner un*

* marié/en concubinage
* célibataire/divorcé/veuf

[\*] Êtes-vous enceinte ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non
* Inconnu

Avez-vous une assurance maladie ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

----------------------- ***Description of healthcare facility/professional*** -----------------------

Quel est le rôle du professionnel de santé qui documente les informations sur les patients aujourd'hui ?

*Sélectionner un*

* Infirmier
* Médecin
* Étudiant
* Stagiaire
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depuis combien d'années le professionnel de santé exerce-t-il ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De quel type d'établissement de santé s'agit-il ?

*Sélectionner un*

* Primaire
* Secondaire
* Tertiaire

Quel est le champ d'activité de cet établissement de santé ?

*Sélectionner un*

* Communauté
* District
* Region
* National

**SECTION 2: Circumstance of snakebite**

[\*] Est-ce la première fois que vous êtes mordu par un serpent ou qu'un serpent vous a craché dessus ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

Si ce n'est pas la première fois que vous êtes mordu ou qu'un serpent vous a craché dessus, combien de fois cela vous est-il déjà arrivé ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] À quelle date avez-vous été mordu ? JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] À quelle heure environ avez-vous été mordu ? hh:mm (entre 00:00 et 23:59) \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

[\*] À quel moment avez-vous été mordu ?

*Sélectionner un*

* entre le lever du soleil et midi
* entre midi et le coucher du soleil
* heures nocturnes

[\*] Que faisiez-vous lorsque vous avez été mordu ?

*Sélectionner un*

* agriculture - plantation
* agriculture - entretien des champs entre la plantation et la récolte
* agriculture - récolte
* élevage
* sommeil
* jeux
* marche
* natation
* entraînement/exercices militaires
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portiez-vous des vêtements ou des chaussures de protection lorsque vous avez été mordu ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

Avez-vous essayé de tuer ou de frapper le serpent avant d'être mordu ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] Quelle description correspond le mieux à l'endroit où vous avez été mordu ?

*Sélectionner un*

* forêt ou nature sauvage
* ferme ou champ
* route
* à l'intérieur de la maison
* à l'extérieur de la maison, mais dans l'enceinte ou le quartier
* école
* base militaire
* lieu de travail
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le serpent a-t-il été tué ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

Si le serpent est mort, quelle était sa longueur (en cm) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quelle était la distance entre les marques de crocs (en cm) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous une photo du serpent ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

Veuillez joindre une photo du serpent

Selon vous, de quel type de serpent s'agissait-il ?

*Sélectionner un*

* élapidés (cobra, krait, mamba, serpent corail, serpent de la mort, serpent tigre, taipan, serpent noir, serpent brun, rinkhals)
* viperidés (vipères, vipère heurtante, tête de lance, bushmaster, crotale, mocassin, tête de cuivre)
* atractaspididés (aspics)
* colubridae (boomslang, keelback, serpent brindille)
* Inconnu

Notez l'espèce exacte, si vous la connaissez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] À quel endroit de votre corps avez-vous été mordu ?

*Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent*

* Membres supérieurs
* membres inférieurs
* tronc (dos, abdomen, poitrine)
* tête, cou ou œil

Veuillez indiquer l'emplacement anatomique de la morsure de serpent sur la carte du corps antérieure et postérieure (entourez les zones qui ont été mordues)



Avez-vous bénéficié d'un soutien communautaire lorsque vous avez été mordu par le serpent ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

Si oui, de quel type de soutien s'agissait-il ?

*Sélectionner un*

* financier
* transport
* culturel (prière religieuse ou autres rituels traditionnels)
* prise en charge des biens du patient et certaines responsabilités

[\*] Êtes-vous venu directement à l'établissement de santé après avoir été mordu ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] Est-ce le premier établissement de santé que vous avez consulté après avoir été mordu ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] Si vous n'êtes pas venu directement à cet établissement de santé après avoir été mordu, quels soins vous ont été prodigués avant votre arrivée ?

*Sélectionner un*

* prise d'analgésiques ou application d'un garrot
* consultation d'un guérisseur traditionnel
* transfert depuis un autre établissement de santé
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Si vous avez consulté un guérisseur traditionnel, quel type de traitement traditionnel avez-vous reçu ?

*Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent*

* incision
* succion du sang
* application de pierres noires
* ventouses
* décoction à base de plantes
* scarification
* garrot
* décoction orale
* appareil électrique
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien vous a coûté le traitement traditionnel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Comment vous êtes-vous rendu à l'hôpital ?

*Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent*

* à pied
* à vélo
* à moto
* en voiture
* en bus
* en bateau
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien vous a coûté le transport jusqu'à l'hôpital ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] À quelle date êtes-vous arrivé à l'hôpital ? JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] À quelle heure êtes-vous arrivé à l'hôpital ? hh:mm (entre 00:00 et 23:59) \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Avez-vous été admis à l'hôpital ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

**SECTION 3: Clinical characteristics of snakebite**

[\*] Quel type de toxicité est suspecté ?

*Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent*

* neurotoxicité
* hémotoxicité
* cytotoxicité
* myotoxicité

Veuillez joindre une photo de votre blessure à votre admission à l'hôpital :

[\*] Dans le table ci-dessous,

* Précisez chaque date à laquelle un test de laboratoire a été effectué
* Quels sont les résultats du 20TCTS (test de coagulation sur tube sec 20 min) ?
* Quels sont les résultats du PCV ?
* Le laboratoire a-t-il détecté une infection bactérienne ?
* Si oui, de quel type d'infection bactérienne s'agit-il ?

*Toutes les colonnes font partie de l'ensemble minimal de données, à l'exception de la colonne la plus à droite. Ces données doivent être consignées à l'admission, puis toutes les 24 heures (une nouvelle ligne pour chaque jour). Si vous avez besoin de plus de lignes, vous pouvez en ajouter manuellement.*

| Date *(JJ/MM/AAAA)* | Les résultats du 20TCTS *(normal, anormal, test non effectué)* | Les résultats du PCV *(normal, anormal, test non effectué)* | Le laboratoire a-t-il détecté une infection bactérienne ?*(Oui or Non)* | Si oui, de quel type d'infection bactérienne s'agit-il ? |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

[\*] Quels symptômes locaux présentez-vous ? (Douleur, gonflement, ecchymose ou hématome, picotements ou paresthésie ou engourdissement, cloques, nécrose)

*Ces données doivent être consignées à l'admission, puis toutes les 24 heures (une nouvelle ligne pour chaque jour). Si vous avez besoin de plus de lignes, vous pouvez en ajouter manuellement. Cochez les cases avec un « X » si le patient présente ce symptôme. Sinon, laissez-les vides.*

| Date *(JJ/MM/AAAA)* | douleur | gonflement | ecchymoses/ecchymoses | picotements/paresthésie/engourdissement | cloques | nécrose |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

[\*] Quels symptômes neurologiques systémiques présentez-vous ? (Faiblesse musculaire, paralysie, vertiges, troubles de l'élocution, difficultés respiratoires ou détresse respiratoire)

*Ces données doivent être consignées à l'admission, puis toutes les 24 heures (une nouvelle ligne pour chaque jour). Si vous avez besoin de plus de lignes, vous pouvez en ajouter manuellement. Cochez les cases avec un « X » si le patient présente ce symptôme. Sinon, laissez-les vides.*

| Date *(JJ/MM/AAAA)* | faiblesse musculaire | paralysie | vertiges | troubles de l'élocution | difficultés respiratoires ou détresse respiratoire |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

[\*] Quels symptômes hématologiques systémiques présentez-vous ? (Hypotension, saignement au niveau de la morsure, épistaxis, saignement gingival, saignement au niveau d'autres parties du corps)

*Ces données doivent être consignées à l'admission, puis toutes les 24 heures (une nouvelle ligne pour chaque jour). Si vous avez besoin de plus de lignes, vous pouvez en ajouter manuellement. Cochez les cases avec un « X » si le patient présente ce symptôme. Sinon, laissez-les vides.*

| Date *(JJ/MM/AAAA)* | hypotension | saignement au niveau de la morsure | épistaxis | saignement gingival | \*saignement au niveau d'autres parties du corps |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Saignement provenant d'autres parties du corps (p. ex. saignement vaginal hors cycle chez les femmes, anciennes coupures et ecchymoses, etc.)

[\*] Quels symptômes rénaux systémiques et généraux systémiques présentez-vous ? (Lésion rénale aiguë, nausées ou vomissements, diaphorèse ou transpiration, fièvre, état de choc(

*Ces données doivent être consignées à l'admission, puis toutes les 24 heures (une nouvelle ligne pour chaque jour). Si vous avez besoin de plus de lignes, vous pouvez en ajouter manuellement. Cochez les cases avec un « X » si le patient présente ce symptôme. Sinon, laissez-les vides.*

| Date *(JJ/MM/AAAA)* | lésion rénale aiguë | nausées ou vomissements | diaphorèse ou transpiration | fièvre | état de choc |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**SECTION 4: In-hospital care**

[\*] Un antivenin vous a-t-il été prescrit ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] L'antivenin vous a-t-il été administré après avoir été prescrit ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] À quelle heure l'antivenin vous a-t-il été administré pour la première fois ? hh:mm (entre 00:00 et 23:59) \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Dans le table ci-dessous,

* Précisez chaque date à laquelle l'antivenin vous a été administré
* Quel était le nom de l'antivenin qui vous a été administré ?

Quelle quantité d'antivenin vous a été administrée ? (nombre de doses/flacons)

*Ces données doivent être consignées à l'admission, puis toutes les 24 heures (une nouvelle ligne pour chaque jour). Si vous avez besoin de plus de lignes, vous pouvez en ajouter manuellement.*

| Date *(JJ/MM/AAAA)* | Nom de l'antivenin | Quantité d'antivenin (nombre de doses/flacons) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

L'antivenin était-il gratuit ?

*Sélectionner un*

* Free
* Purchased

Combien vous a coûté l'antivenin ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L'antivenin provenait-il du stock de l'hôpital (par opposition à un achat externe) ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] Avez-vous déjà eu une réaction allergique aiguë à un antivenin ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] Quelle était la gravité de votre réaction allergique aiguë à l'antivenin ?

*Sélectionner un*

* léger : peau et tissus sous-cutanés uniquement
* modéré : signes suggérant une atteinte respiratoire, cardiovasculaire ou gastro-intestinale
* grave : hypoxie, hypotension ou atteinte neurologique

[\*] Avez-vous déjà souffert d'une maladie sérique ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] Quels autres traitements de soutien vous ont été administrés ? (Transfusions sanguines, autres transfusions de soutien, médicaments antitétaniques, antibiotiques, analgésiques - AINS, analgésiques - non AINS, stéroïdes, néostigmine, antiarythmiques)

*Ces données doivent être consignées à l'admission, puis toutes les 24 heures (une nouvelle ligne pour chaque jour). Si vous avez besoin de plus de lignes, vous pouvez en ajouter manuellement. Cochez les cases avec un « X » si le patient a reçu ce traitement. Sinon, laissez-les vides.*

| Date *(JJ/MM/AAAA)* | transfusions sanguines | autres transfusions de soutien | médicaments antitétaniques | antibiotiques | analgésiques - AINS | analgésiques - non AINS | stéroïdes | néostigmine | antiarythmiques |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Combien vous ont coûté les autres traitements de soutien ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique/social à l'hôpital ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

**SECTION 5: Complications and outcomes**

Avez-vous été admis en soins intensifs ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

Combien de temps êtes-vous resté en soins intensifs ? (JJ/MM/AAAA à JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous été sous ventilation mécanique ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

Combien de temps avez-vous été sous ventilation mécanique ? (JJ/MM/AAAA à JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous été sous dialyse ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

Avez-vous suivi un traitement de substitution rénale ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non

[\*] Si vous avez subi une intervention chirurgicale, de quel type était-elle ? (Amputation, débridement, fasciotomie)

*Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent*

* Amputation
* Debridement
* Fasciotomy

[\*] Quel a été le résultat de votre grossesse, le cas échéant ?

*Sélectionner un*

* patiente encore enceinte au moment de la sortie
* patiente a accouché : aucune complication
* patiente a accouché : accouchement prématuré
* patiente a accouché : fausse couche
* patiente a accouché : enfant mort-né
* patiente a accouché : décès néonatal
* sans objet (patiente non enceinte)

[\*] Quel a été le résultat de votre morsure de serpent ?

*Sélectionner un*

* sortie vivante
* décédée

[\*] Précisez la date du résultat final. JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez joindre une photo de votre blessure à votre sortie de l'hôpital.

[\*] Si vous êtes sorti(e) vivant(e), de quel type de sortie s'agissait-il ?

*Sélectionner un*

* sortie avec amélioration
* transférée vers un autre établissement
* fugue
* sortie contre avis médical
* sortie palliative

[\*] Si vous avez été transféré vers un autre établissement, quel en a été le résultat ? Sélectionner un

* sortie avec amélioration
* fugue
* sortie contre avis médical
* sortie palliative
* décédée
* inconnu

À quel type de soutien avez-vous accès après votre sortie de l'hôpital ? (aide sociale, soutien familial, soutien communautaire, aide financière temporaire, accès à des services sociaux, aucun soutien supplémentaire)

*Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent*

* aide sociale
* soutien familial
* soutien Communautaire
* aide financière temporaire
* accès à des services sociaux
* aucun soutien supplémentaire

Quelles complications à long terme rencontrez-vous 30 jours après votre sortie de l'hôpital ? (Cécité, perte d'un membre, troubles psychologiques, autres répercussions sur la santé mentale)

*Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent*

* cécité
* perte d'un member
* troubles psychologiques
* autres répercussions sur la santé mentale
* Autres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez joindre une photo de votre blessure lors du suivi à 30 jours:

Les soins que vous avez reçus vous ont-ils donné satisfaction ?

*Sélectionner un*

* Oui
* Non