**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**

[\*] Identificador único: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿Qué edad tiene? (Edad en años para pacientes de 1 año o más; edad en meses para pacientes menores de 1 año):

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses

[\*] ¿Cuál es su sexo?

*Seleccionar uno*

* Hombre
* Mujer
* Otro/prefiero no decirlo

[\*] ¿Cuál es su género?

*Seleccionar uno*

* Hombre
* Mujer
* Otro/prefiero no decirlo

¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado?

*Seleccionar uno*

* sin estudios
* estudios primarios o equivalentes
* estudios secundarios o equivalentes
* estudios técnicos
* estudios universitarios o equivalentes

[\*] ¿Cuál es su país de origen (donde ocurrió la mordedura de serpiente)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿Cuál es su estado, departamento o distrito de origen (donde ocurrió la mordedura de serpiente)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su ciudad o pueblo de origen (donde ocurrió la mordedura de serpiente)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué describe mejor su origen étnico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué describe mejor el lugar de residencia en la que vive?

*Seleccionar uno*

* urbano
* rural
* periurbano (mezcla de urbano y rural)

[\*] ¿Qué comorbilidades/condiciones de salud preexistentes tiene? (Hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica, antecedentes de trastornos hemorrágicos, VIH u otros)

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* hipertensión
* diabetes
* enfermedad renal crónica
* antecedentes de trastornos hemorrágicos (hemofilia, enfermedad de von Willebrand, deficiencia de diversos factores de coagulación, trombocitopenia, coagulación intravascular diseminada)
* VIH
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación principal? (Nota: si el paciente es menor de edad (< 15 años), documente aquí la ocupación de uno de los padres. Documentamos la ocupación para evaluar la situación financiera)

*Seleccionar uno*

* agricultor
* estudiante
* funcionario/funcionario público
* artesano
* ama de casa
* obrero/trabajador
* desempleado/jubilado
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si trabaja (no está desempleado ni jubilado), ¿cuál es su situación laboral?

*Seleccionar uno*

* empleado/a tiempo parcial
* empleado/a tiempo complete

¿Cuál es su nivel de ingresos percibido en relación con su país de residencia?

*Seleccionar uno*

* bajo
* medio/promedio
* alto

¿Qué tipo de piso tiene su casa?

*Seleccionar uno*

* tierra
* hormigón
* baldosa
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de inodoro o retrete tiene su casa?

*Seleccionar uno*

* Interior
* al aire libre
* sin inodoro o retrete

¿De qué tipo de fuente de agua depende en su casa?

*Seleccionar uno*

* agua corriente no entubada
* agua entubada
* pozo
* pozo poco profundo
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué describe mejor su estado civil?

*Seleccionar uno*

* casado/a/en unión libre
* soltero/a/divorciado/a/viudo/a

[\*] ¿Está embarazada?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No
* Desconocido

¿Tiene seguro médico?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

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

¿Cuál es la función del profesional de la salud que documenta la información del paciente hoy en día?

*Seleccionar uno*

* enfermero/a
* médico/a
* estudiante
* interno/a
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántos años de experiencia tiene el profesional sanitario? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿De qué tipo de centro sanitario se trata?

*Seleccionar uno*

* Primaria
* Secundaria
* Terciaria

¿Cuál es el ámbito de actuación de este centro sanitario?

*Seleccionar uno*

* Comunitaria
* Distrital
* Regional
* Nacional

**SECTION 2: Circumstance of snakebite**

[\*] ¿Es la primera vez que le muerde o escupe una serpiente?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

Si no es la primera vez que le muerde o escupe una serpiente, ¿cuántas veces le ha ocurrido anteriormente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿En qué fecha le mordió? DD/MM/AAAA \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿Aproximadamente a qué hora te mordió? hh:mm (entre las 00:00 y las 23:59) \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿En qué intervalo de tiempo te mordió?

*Seleccionar uno*

* entre el amanecer y el mediodía
* entre el mediodía y el atardecer
* nocturno

[\*] ¿Qué estabas haciendo cuando te mordió?

*Seleccionar uno*

* agricultura – siembra
* agricultura - cuidado de los campos entre la siembra y la cosecha
* agricultura – cosecha
* pastoreo de animals
* dormir
* jugar
* caminar
* nadar
* entrenamiento/ejercicios militares
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Llevabas alguna prenda o calzado de protección cuando te mordió?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

¿Intentó matar o golpear a la serpiente antes de que le mordiera?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] ¿Qué describe mejor el lugar donde le mordió?

*Seleccionar uno*

* bosque o zona silvestre
* granja o campo
* camino
* dentro de la casa
* fuera de la casa
* pero dentro del recinto o vecindario
* escuela
* base military
* lugar de trabajo
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Murió la serpiente?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

Si murió, ¿cuál era su longitud (en centímetros)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál era la distancia entre las marcas de los colmillos (en centímetros)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna foto de la serpiente?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

 Adjunte una foto de la serpiente:

¿Qué tipo de serpiente cree que era?

*Seleccionar uno*

* elápidos (cobra, krait, mamba, serpiente coral, víbora de la muerte, serpiente tigre, taipán, serpiente negra, serpiente marrón, rinkhals)
* víboras (víboras, víbora bufadora, cabeza de lanza, bushmaster, serpiente de cascabel, mocasín, cabeza de cobre)
* atractaspídidos (áspides)
* colúbridos (boomslang, culebra de quilla, culebra de rama)
* Desconocido

Indique la especie exacta, si la conoce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿En qué parte del cuerpo le mordió? (Extremidades superiores, extremidades inferiores, tronco (espalda, abdomen, pecho) o cabeza, cuello u ojos).

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* Extremidades superiores
* Extremidades inferiores
* Tronco (espalda, abdomen, pecho)
* Cabeza, cuello u ojos

Marque la zona anatómica de la mordedura de serpiente en el mapa corporal anterior y posterior (marque con un círculo las zonas que fueron mordidas).



¿Recibió algún tipo de apoyo de la comunidad cuando le mordió la serpiente?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de apoyo?

*Seleccionar uno*

* económico
* transporte
* cultural (oración religiosa u otros rituales tradicionales)
* cuidado de las pertenencias del paciente y algunas responsabilidades

[\*] ¿Acudió directamente al centro de salud después de la mordedura?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] ¿Es este el primer centro de salud al que acudió después de la mordedura? *Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] Si no acudió directamente a este centro de salud después de la mordedura, ¿qué cuidados recibió antes de venir?

*Seleccionar uno*

* tomó analgésicos o se ató un torniquete
* visitó a un curandero tradicional
* derivado de otro centro de salud
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Si acudió a un curandero tradicional, ¿qué tipo de tratamiento tradicional recibió? (Incisión, succión de sangre, aplicación de piedras, ventosas, cataplasma de plantas, escarificación, torniquete, brebaje oral, dispositivo eléctrico, otro).

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* incisión
* succión de sangre
* aplicación de piedras
* ventosas
* cataplasma de plantas
* escarificación
* torniquete
* brebaje oral
* dispositivo eléctrico
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuánto le costó el tratamiento tradicional? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿Cómo llegó al hospital? (A pie, en bicicleta, en motocicleta, en automóvil, en autobús, en barco, otro)

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* a pie
* en Bicicleta
* en motocicleta
* en automóvil
* en autobús
* en barco
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuánto le costó el transporte al hospital? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿En qué fecha llegó al hospital? DD/MM/AAAA \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿A qué hora llegó al hospital? hh:mm (entre 00:00 y 23:59) \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿Lo ingresaron en el hospital?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

**SECTION 3: Clinical characteristics of snakebite**

[\*] ¿Qué tipo de toxicidad se sospecha? (Neurotoxicidad, hemotoxicidad, citotoxicidad, miotoxicidad)

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* neurotoxicidad
* hemotoxicidad
* citotoxicidad
* miotoxicidad

Adjunte una foto de su herida al ingresar en el hospital:

[\*] En la siguiente tabla,

* Especifique cada fecha en la que se realiza una prueba de laboratorio
* ¿Cuáles son los resultados del 20WBCT?
* ¿Cuáles son los resultados del PCV?
* ¿Detectó el laboratorio una infección bacteriana?
* En caso afirmativo, ¿qué tipo de infección bacteriana?

*Todas las columnas forman parte del conjunto mínimo de datos, excepto la columna situada más a la derecha. Estos datos deben documentarse en el momento del ingreso y cada 24 horas a partir de entonces (una nueva fila por cada día). Si se necesitan más filas, puede añadirlas manualmente.*

| Fecha de la prueba de laboratorio *(DD/MM/AAAA)* | Resultados de la prueba 20WBCT *(normal, anormal, prueba no realizada)* | Resultados de la prueba de PCV *(normal, anormal, prueba no realizada)* | ¿Se detectó una infección bacteriana en el laboratorio? *(Sí or no)* | De ser así, ¿qué tipo de infección bacteriana? |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

[\*] ¿Qué síntomas locales presenta? (Dolor, hinchazón, hematomas o equimosis, hormigueo o parestesia o entumecimiento, ampollas, necrosis)

*Estos datos deben documentarse al momento del ingreso y cada 24 horas a partir de entonces (una nueva fila por cada día). Si se necesitan más filas, puede agregarlas manualmente. Marque las casillas con una «X» si el paciente presentó ese síntoma. De lo contrario, déjelas en blanco.*

| Fecha *(DD/ MM/ AAAA)* | dolor | hinchazón | hematomas o equimosis | hormigueo o parestesia o entumecimiento | ampollas | necrosis |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

[\*] ¿Qué síntomas neurológicos sistémicos presenta? (Debilidad muscular, parálisis, mareos, dificultad para hablar, dificultad para respirar o dificultad respiratoria).

*Estos datos deben documentarse al momento del ingreso y cada 24 horas a partir de entonces (una nueva fila por cada día). Si se necesitan más filas, puede agregarlas manualmente. Marque las casillas con una «X» si el paciente presentó ese síntoma. De lo contrario, déjelas en blanco.*

| Fecha *(DD/ MM/ AAAA)* | debilidad muscular | parálisis | parálisis | dificultad para hablar | dificultad para respirar o dificultad respiratoria |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

[\*] ¿Qué síntomas hematológicos sistémicos presenta? (Hipotensión, sangrado en el lugar de la picadura, epistaxis, sangrado gingival, sangrado en otras partes del cuerpo)

*Estos datos deben documentarse al momento del ingreso y cada 24 horas a partir de entonces (una nueva fila por cada día). Si se necesitan más filas, puede agregarlas manualmente. Marque las casillas con una «X» si el paciente presentó ese síntoma. De lo contrario, déjelas en blanco.*

| Fecha *(DD/ MM/ AAAA)* | hipotensión | sangrado en el lugar de la picadura | epistaxis | sangrado gingival | \* sangrado en otras partes del cuerpo |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* sangrado en otras partes del cuerpo (p. ej., sangrado vaginal fuera de ciclo en mujeres, cortes y hematomas antiguos, etc.

[\*] ¿Qué síntomas renales sistémicos presenta? (lesión renal aguda) ¿Qué síntomas sistémicos generales presenta? (Náuseas o vómitos, diaforesis o sudoración, fiebre, shock).

*Estos datos deben documentarse al momento del ingreso y cada 24 horas a partir de entonces (una nueva fila por cada día). Si se necesitan más filas, puede agregarlas manualmente. Marque las casillas con una «X» si el paciente presentó ese síntoma. De lo contrario, déjelas en blanco.*

| Fecha *(DD/ MM/ AAAA)* | lesión renal aguda | náuseas o vómitos | diaforesis o sudoración | fiebre | shock |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**SECTION 4: In-hospital care**

[\*] ¿Le recetaron antídoto?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] ¿Le administraron el antídoto después de recetárselo?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] ¿A qué hora se le administró el antídoto por primera vez? hh:mm (entre 00:00 y 23:59) \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

[\*] En la siguiente tabla,

* Especifique cada fecha en la que se le administró el antídoto
* ¿Cuál era el nombre del antídoto que le administraron?
* ¿Cuánto antídoto le administraron? (número de dosis/viales)

*Estos datos deben documentarse al momento del ingreso y cada 24 horas a partir de entonces (una nueva fila por cada día). Si se necesitan más filas, puede agregarlas manualmente.*

| Fecha *(DD/ MM/ AAAA)* | Nombre del antiveneno | Cantidad de antiveneno (número de dosis/viales) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

¿El antídoto fue gratuito?

*Seleccionar uno*

* Gratis
* Comprado

¿Cuánto le costó el antídoto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El antídoto procedía de las existencias del hospital (en lugar de comprarse externamente)?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] ¿Alguna vez ha experimentado una reacción alérgica aguda al antídoto?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] ¿Cuál fue la gravedad de su reacción alérgica aguda al antídoto?

*Seleccionar uno*

* leve: solo afecta piel y tejido subcutáneo
* moderado: características que sugieren afectación respiratoria, cardiovascular o gastrointestinal
* grave: hipoxia, hipotensión o compromiso neurológico

[\*] ¿Alguna vez ha experimentado enfermedad del suero?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] ¿Qué otros tratamientos de apoyo se le administraron? (Transfusiones de sangre, otras transfusiones de apoyo, medicamentos antitetánicos, antibióticos, analgésicos (AINE), analgésicos (no AINE), esteroides, neostigmina, antiarrítmicos).

*Estos datos deben documentarse al momento del ingreso y cada 24 horas a partir de entonces (una nueva fila por cada día). Si se necesitan más filas, puede agregarlas manualmente. Marque las casillas con una «X» si el paciente recibió ese tratamiento. De lo contrario, déjelas en blanco.*

| Fecha *(DD/ MM/ AAAA)* | transfusiones de sangre | otras transfusiones de apoyo | medicamentos antitetánicos | antibióticos | analgésicos (AINE) | analgésicos (no AINE) | esteroides | neostigmina | antiarrítmicos |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

¿Cuánto le costaron otros tratamientos de apoyo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibió algún tipo de apoyo psicológico/social durante su estancia en el hospital?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

**SECTION 5: Complications and outcomes**

¿Fue ingresado en la UCI?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

¿Cuánto tiempo permaneció en la UCI? (DD/MM/AAAA a DD/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fue sometido a ventilación mecánica?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

¿Cuánto tiempo estuvo sometido a ventilación mecánica? (DD/MM/AAAA a DD/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fue sometido a diálisis?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

¿Fue sometido a terapia de reemplazo renal?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] ¿Te sometiste a una intervención quirúrgica?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] Si te sometiste a una intervención quirúrgica, ¿de qué tipo fue? (Amputación, desbridamiento, fasciotomía).

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* Amputación
* Desbridamiento
* Fasciotomía

[\*] ¿Cuál fue el resultado de su embarazo, si procede?

*Seleccionar uno*

* paciente aún embarazada al momento del alta
* paciente dio a luz: sin complicaciones
* paciente dio a luz: parto premature
* paciente dio a luz: aborto espontáneo
* paciente dio a luz: mortinato
* paciente dio a luz: muerte neonatal
* no aplicable (paciente no embarazada)

[\*] ¿Cuál fue el resultado de la mordedura de serpiente?

*Seleccionar uno*

* dada de alta con vida
* falleció

[\*] Especifique la fecha del resultado final: DD/MM/AAAA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Adjunte una foto de la herida al salir del hospital:

[\*] Si salió con vida, ¿qué tipo de alta fue?

*Seleccionar uno*

* dada de alta con mejoría
* derivada a otra institución
* se fugó
* dada de alta contra consejo medico
* dada de alta para cuidados paliativos

[\*] Si te derivaron a otra institución, ¿cuál fue el resultado allí?

Seleccionar uno

* dada de alta con mejoría
* se fugó
* dada de alta contra consejo medico
* dada de alta para cuidados paliativos
* falleció
* desconocido

¿A qué tipo de apoyo tienes acceso después del alta? (asistencia social, apoyo familiar, apoyo comunitario, apoyo financiero temporal, acceso a servicios de trabajo social, sin apoyo adicional).

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* asistencia social
* apoyo familiar
* apoyo comunitario
* apoyo financiero temporal
* acceso a servicios de trabajo social
* sin apoyo adicional

¿Qué complicaciones a largo plazo enfrenta 30 días después del alta? (Ceguera, pérdida de una extremidad, deterioro psicológico, otros impactos en la salud mental)

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* ceguera
* pérdida de una extremidad
* deterioro psicológico
* otros impactos en la salud mental
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunte una foto de su herida en la revisión de los 30 días:

¿Le ha resultado satisfactoria la atención recibida?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No