**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Quantos anos você tem? Idade em anos (para pacientes com 1 ano ou mais); Idade em meses (para pacientes com menos de 1 ano):

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anos
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses old

[\*] Qual é o seu sexo?

*Selecione uma opção*

* masculino
* feminino
* outro/prefiro não dizer

[\*] Qual é o seu gênero?

*Selecione uma opção*

* homem
* mulher
* outro/prefiro não dizer

[\*] Qual é o seu país de origem (onde ocorreu a picada da cobra)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Qual é o seu estado ou distrito de origem (onde ocorreu a picada da cobra)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Quais morbidades/condições de saúde preexistentes você tem? (Hipertensão, diabetes, doença renal crônica, histórico de distúrbio hemorrágico, HIV ou outro)

*Selecione todas as opções aplicáveis*

* hipertensão
* diabetes
* doença renal crônica
* histórico de distúrbio hemorrágico
* HIV
* Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Você está grávida?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não
* Desconhecido

**SECTION 2: Circumstance of snakebite**

[\*] Esta é a primeira vez que você foi mordido ou cuspido por uma cobra?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não

[\*] Em que data você foi mordido? DD/MM/AAAA \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Aproximadamente, a que horas você foi mordido? hh:mm (entre 00:00 e 23:59) \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Em que período do dia você foi mordido?

*Selecione uma opção*

* entre o nascer do sol e o meio-dia
* entre o meio-dia e o pôr do sol
* período notturno

[\*] O que você estava fazendo quando foi mordido?

*Selecione uma opção*

* agricultura – plantio
* agricultura - cuidar da terra entre o plantio e a colheita
* agricultura – colheita
* pastoreando animais
* dormindo
* brincando
* caminhada
* natação
* treinamento/exercícios militares
* Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] O que melhor descreve o local onde você foi mordido?

*Selecione uma opção*

* floresta ou área selvagem
* fazenda ou campo
* estrada
* dentro de casa
* fora de casa, mas dentro do complexo ou vizinhança
* escola
* base military
* local de trabalho
* Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Em que parte do seu corpo você foi mordido? (Membros superiores, membros inferiores, tronco (costas, abdômen, tórax) ou cabeça, pescoço ou olho.)

*Selecione todas as opções aplicáveis*

* membros superiores
* membros inferiores
* tronco (costas, abdômen, tórax)
* cabeça, pescoço ou olho

[\*] Você foi direto para a unidade de saúde após ser mordido?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não

[\*] Esta foi a primeira unidade de saúde que você visitou após ser mordido?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não

[\*] Se você não foi direto à esta unidade de saúde após ser mordido, quais cuidados foram prestados antes de ir?

*Selecione uma opção*

* tomou analgésicos ou fez um torniquete
* visitou um curandeiro tradicional
* encaminhado de outra unidade de saúde
* Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Se você visitou um curandeiro, que tipo de tratamento tradicional recebeu? (Incisão, sucção de sangue, aplicação de pedras, ventosaterapia, cataplasma de plantas, escarificação, torniquete, mistura oral, dispositivo elétrico, outro)

*Selecione todas as opções aplicáveis*

* incisão
* sucção de sangue
* aplicação de pedras
* ventosaterapia
* cataplasma de plantas
* escarificação
* torniquete
* mistura oral
* dispositivo elétrico
* Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Como você chegou ao hospital? (A pé, de bicicleta, moto, carro, ônibus, barco, outro)

*Selecione todas as opções aplicáveis*

* a pé
* de Bicicleta
* moto
* carro
* ônibus
* barco
* Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Em que data você chegou ao hospital? DD/MM/AAAA \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] A que horas você chegou ao hospital? hh:mm (entre 00:00 e 23:59) \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Você foi internado no hospital?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não

**SECTION 3: Clinical characteristics of snakebite**

[\*] Qual o tipo de toxicidade suspeita? (Neurotoxicidade, hemotoxicidade, citotoxicidade, miotoxicidade)

*Selecione todas as opções aplicáveis*

* Neurotoxicidade
* Hemotoxicidade
* Citotoxicidade
* Miotoxicidade

[\*] Na tabela abaixo,

* Especifique cada data em que um exame laboratorial for realizado.
* Quais são os resultados do 20WBCT?
* Quais são os resultados do PCV?
* O laboratório detectou uma infecção bacteriana?
* Em caso afirmativo, qual o tipo de infecção bacteriana?

*Esses dados devem ser documentados no momento da admissão e a cada 24 horas depois disso (nova linha para cada dia). Se forem necessárias mais linhas, você pode adicioná-las manualmente.*

| Data *(DD/MM/AAAA)* | Resultados do 20WBCT *(normal, anormal, teste não realizado)* | Resultados do PCV  (*normal, anormal, teste não realizado)* | O laboratório detectou alguma infecção bacteriana? *(Sim, Não)* |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

[\*] Quais são os sintomas locais que você está apresentando? (Dor, inchaço, hematomas ou equimoses, formigamento ou parestesia ou dormência, bolhas, necrose).

*Esses dados devem ser documentados no momento da admissão e a cada 24 horas depois disso (nova linha para cada dia). Se forem necessárias mais linhas, você pode adicioná-las manualmente. Marque as caixas com um “X” se o paciente apresentou esse sintoma. Caso contrário, deixe em branco.*

| Data *(DD/ MM/ AAAA)* | dor | inchaço | hematomas ou equimoses | formigamento ou parestesia ou dormência | bolhas | necrose |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

[\*] Quais sintomas neurológicos sistêmicos você está apresentando? (Fraqueza muscular, paralisia, tontura, fala arrastada, dificuldade para respirar ou desconforto respiratório)

*Esses dados devem ser documentados no momento da admissão e a cada 24 horas depois disso (nova linha para cada dia). Se forem necessárias mais linhas, você pode adicioná-las manualmente. Marque as caixas com um “X” se o paciente apresentou esse sintoma. Caso contrário, deixe em branco.*

| Data *(DD/ MM/ AAAA)* | fraqueza muscular | paralisia | tontura | fala arrastada | ldade para respirar ou desconforto respiratório |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

[\*] Quais sintomas hematológicos sistêmicos você está apresentando? (Hipotensão, sangramento no local da picada, epistaxe, sangramento gengival, sangramento em outras partes do corpo)

*Esses dados devem ser documentados no momento da admissão e a cada 24 horas depois disso (nova linha para cada dia). Se forem necessárias mais linhas, você pode adicioná-las manualmente. Marque as caixas com um “X” se o paciente apresentou esse sintoma. Caso contrário, deixe em branco.*

| Data *(DD/ MM/ AAAA)* | hipotensão | sangramento no local da picada | epistaxe | sangramento gengival | \*sangramento em outras partes do corpo |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* sangramento em outras partes do corpo (por exemplo, sangramento vaginal fora do ciclo em mulheres, cortes e hematomas antigos, etc.)

[\*] Quais sintomas sistêmicos renais você está apresentando? (Lesão renal aguda). Quais sintomas sistêmicos gerais você está apresentando? (Náuseas ou vômitos, diaforese ou suor, febre, choque)

*Esses dados devem ser documentados no momento da admissão e a cada 24 horas depois disso (nova linha para cada dia). Se forem necessárias mais linhas, você pode adicioná-las manualmente. Marque as caixas com um “X” se o paciente apresentou esse sintoma. Caso contrário, deixe em branco.*

| Date *(DD/ MM/ YYYY)* | lesão renal aguda | náuseas ou vômitos | diaforese ou suor | febre | choque |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**SECTION 4: In-hospital care**

[\*] Foi prescrito antídoto para você?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não

[\*] O antídoto foi administrado após a prescrição?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não

[\*] Em que horário o antídoto foi administrado pela primeira vez? hh:mm (entre 00:00 e 23:59) \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Na tabela abaixo,

* Especifique cada data em que o antídoto foi administrado.
* Qual era o nome do antídoto administrado emvocê?
* Qual a quantidade de antídoto administrada emvocê? (número de doses/frascos)

*Esses dados devem ser documentados no momento da admissão e a cada 24 horas depois disso (nova linha para cada dia). Se forem necessárias mais linhas, você pode adicioná-las manualmente.*

| Data *(DD/ MM/ AAAA)* | Nome do antídoto | Quantidade de antídoto (número de doses/frascos) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

[\*] Você já teve reação alérgica aguda ao antídoto?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não

[\*] Qual foi a gravidade da sua reação alérgica aguda ao antídoto?

*Selecione uma opção*

* leve: apenas pele e tecidos subcutâneos
* moderado: características que sugerem envolvimento respiratório, cardiovascular ou gastrointestinal
* grave: hipóxia, hipotensão ou comprometimento neurológico

[\*] Você já teve doença do soro?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não

[\*] Quais outros tratamentos de suporte foram administrados? (Transfusões de sangue, outras transfusões de suporte, medicamentos antitetânicos, antibióticos, analgésicos - AINEs, analgésicos - não AINEs, esteroides, neostigmina, antiarrítmicos)

*Esses dados devem ser documentados no momento da admissão e a cada 24 horas depois disso (nova linha para cada dia). Se forem necessárias mais linhas, você pode adicioná-las manualmente. Marque as caixas com um “X” se o paciente recebeu esse tratamento. Caso contrário, deixe em branco.*

| Data *(DD/ MM/ AAAA)* | transfusões de sangue | outras transfusões de suporte | medicamentos antitetânicos | antibióticos | analgésicos - AINEs | analgésicos - não AINEs | esteroides | neostigmina | antiarrítmicos |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**SECTION 5: Complications and outcomes**

[\*] Você passou por intervenção cirúrgica?

*Selecione uma opção*

* Sim
* Não

[\*] Se passou por intervenção cirúrgica, a que tipo de intervenção você foi submetido? (Amputação, desbridamento, fasciotomia)

*Selecione todas as opções aplicáveis*

* amputação
* desbridamento
* fasciotomia

[\*] Qual foi o desfecho da sua gravidez, se aplicável?

*Selecione uma opção*

* paciente ainda grávida no momento da alta
* paciente deu à luz: sem complicações
* paciente deu à luz: parto premature
* paciente deu à luz: aborto espontâneo
* paciente deu à luz: natimorto
* paciente deu à luz: óbito neonatal
* não aplicável (paciente não grávida)

[\*] Qual foi o desfecho da mordida de cobra?

*Selecione uma opção*

* alta com vida
* óbito

[\*] Especifique a data do desfecho final: DD/MM/AAAA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

[\*] Se recebeu alta com vida, qual foi o tipo de alta?

*Selecione uma opção*

* alta com melhora
* encaminhado para outra instituição
* evasão
* alta contra orientação médica
* alta paliativa

[\*] Se foi encaminhado para outra instituição, qual foi o desfecho?

Selecione uma opção

* alta com melhora
* evasão
* alta contra orientação médica
* alta paliativa
* óbito
* desconhecido