**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 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)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿Está embarazada?

*Seleccionar uno*

* Sí
* No
* Desconocido

**SECTION 2: Circumstance of snakebite**

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

*Seleccionar uno*

* Sí
* No

[\*] ¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿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

[\*] ¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\*] ¿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

[\*] 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) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

[\*] ¿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 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**SECTION 5: Complications and outcomes**

[\*] ¿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 \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

[\*] 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