**Elementos de Dados Comuns (CDE) exigidos pelo Comitê Executivo da iniciativa RADx do NIH**

A expectativa é de que todas as pesquisas envolvendo seres humanos financiadas no âmbito do programa RADx coletem informações sobre esses 12 conceitos fazendo uso dessas perguntas e opções de respostas.

Em caso de dúvidas, entre em contato com Patti Brennan (pattifbrennan@nih.gov).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conceito** | **Texto da pergunta** | **Respostas permitidas** |
| 1. **Identidade**
 | *Identificador específico do projeto* |
| **2A. Raça**  |
|  | Qual é a sua raça? Marque uma ou mais opções. | * Indígena
* Negra ou parda
* Asiática
* Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico
* Branca
* Outra raça
 |
| **2B. Etnia** |
|  | Você tem ascendência hispânica ou latina?  | * Sim, ascendência hispânica ou latina
* Não, sem ascendência hispânica ou latina
 |
| **3. Idade** |
|  | Qual é a sua idade? | *Idade em anos. Escreva 0 em caso de bebês com menos de 1 ano de idade* |
| **4. Sexo** |
|  | Qual é o seu sexo biológico atribuído no nascimento? | * Masculino
* Feminino
* Intersexo
* Nenhuma dessas opções me descreve
 |
| **5. Escolaridade** |
|  | Quantos anos de escolaridade você completou? | *Anos de escolaridade de 0 – 20 ou mais* |
| **6. Domicílio** |
|  | Qual é o seu código postal? | *Código postal completo* |
| **7. Emprego** |
|  | Você tem um emprego? | * Emprego permanente
* Emprego temporário
* Sem emprego atualmente
 |
| **8. Situação de seguro de saúde** |
|  | Que tipo de seguro de saúde você tem? | * Seguro de saúde privado
* Seguro de saúde público
* Nenhum
 |
| **9. Situação de deficiência**  |
|  | Você é surdo ou tem grande dificuldade de audição? | * Sim
* Não
 |
| Você é cego ou tem grande dificuldade para enxergar, mesmo com o uso de óculos? | * Sim
* Não
 |
| Você tem dificuldade de concentração, memória ou para tomar decisões devido a algum problema físico, mental ou emocional? | * Sim
* Não
 |
| Você tem muita dificuldade para caminhar ou subir escadas? | * Sim
* Não
 |
| Você tem dificuldade para se vestir ou tomar banho? | * Sim
* Não
 |
| Você tem dificuldade em cumprir seus compromissos sozinho(a), como ir a consultas médicas ou fazer compras, devido a algum problema físico, mental ou emocional? | * Sim
* Não
 |
| **10. Histórico médico**  |
|  | Uso de cigarros eletrônicos | * Sim
* Não
 |
| Uso de nicotina | * Sim
* Não
 |
| Uso de álcool | * Sim
* Não
 |
| Asma | * Sim
* Não
 |
| Câncer | * Sim
* Não
 |
| Doença cardiovascular | * Sim
* Não
 |
| Doença renal crônica | * Sim
* Não
 |
| Doença pulmonar crônica | * Sim
* Não
 |
| Diabetes | * Sim
* Não
 |
| Hipertensão | * Sim
* Não
 |
| Doença imunossupressora | * Sim
* Não
 |
| Doença mental grave | * Sim
* Não
 |
| Anemia falciforme | * Sim
* Não
 |
| Situação de gravidez | * Grávida
* Não grávida
 |
| **11. Sintomas**  |
|  | Tosse | * Sim
* Não
 |
| Febre | * Sim
* Não
 |
| Falta de ar ou dificuldade para respirar | * Sim
* Não
 |
| Dor de cabeça | * Sim
* Não
 |
| Dor muscular | * Sim
* Não
 |
| Perda recente de paladar ou olfato | * Sim
* Não
 |
| Calafrios | * Sim
* Não
 |
| Fadiga excessiva | * Sim
* Não
 |
| Náusea/vômito | * Sim
* Não
 |
| Diarreia | * Sim
* Não
 |
| Dor abdominal | * Sim
* Não
 |
| Erupção cutânea | * Sim
* Não
 |
| Conjuntivite | * Sim
* Não
 |
| **12. Situação de saúde** |
|  | Qual é a sua altura? | *Altura em metros e centímetros* |
| Qual é o seu peso? | *Peso em quilos* |
| De forma geral, você diria que a sua saúde é excelente, muito boa, boa, razoável ou fraca? | * Excelente
* Muito boa
* Boa
* Razoável
* Fraca
 |