



Definição de caso suspeito: Criança menor de cinco anos, com diagnóstico de Doença Diarréica Aguda, que tenha recebido soro de reidratação por via endovenosa, independente do estado vacinal contra o rotavírus. A ficha deve ser preenchida para os casos em que houve coleta de amostra de fezes in natura. Em caso de surto, para coleta de amostra e preenchimento da ficha, não deve ser considerado o tipo de tratamento.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2	Agravo/doença	ROTAVÍRUS	
		Código (CID10)	A 080	
	3	Data da Notificação		
4	UF	5	Município de Notificação	
			Código (IBGE)	
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual	8	Nome do Paciente	9	Data de Nascimento				
	10	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	11	Sexo	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante
				13	Raça/Cor	<input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	14	Escolaridade						
15	Número do Cartão SUS	16	Nome da mãe					

Dados de Residência	17	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	18	Número		
	19	Complemento (apto., casa, ...)	20	Ponto de Referência	21	UF	
	22	Município de Residência	Código (IBGE)				
	23	Bairro	Código (IBGE)	24	CEP		
	25	(DDD) Telefone	26	Zona	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Urbana/Rural <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	27	País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Dados Clínicos	28	Sinais e Sintomas	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	29	Presença de sangue nas fezes	<input type="checkbox"/>
		Vômitos - N.º de episódios/24 horas	Duração (dias)		Febre - Temperatura	°C
		Diarréia - N.º de episódios/24 horas	Duração (dias)			<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado

Antecedente Vacinais	30	Aleitamento materno	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	31	Se sim	<input type="checkbox"/> 1 - Exclusivo <input type="checkbox"/> 2 - Misto	32	Até quando?	Mês(es)	33	Vacina contra Rotavírus	<input type="checkbox"/>
	34	1ª dose - Data da aplicação	35	1ª dose - Lote	36	1ª dose - Laboratório produtor						
	37	2ª dose - Data da aplicação	38	2ª dose - Lote	39	2ª dose - Laboratório produtor						
	40	A vacina VOP foi administrada no mesmo dia da vacina contra rotavírus?					<input type="checkbox"/>	41	Data da última dose de VOP			
						<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado						

Dados do Laboratório	42	Data da coleta da amostra de fezes	43	Rotavírus identificado na amostra	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	44	Qual foi o genótipo G:
	45	Qual foi o genótipo P:	46	Outro vírus identificado na amostra	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	47	Se sim, qual
	48	Bactéria identificada na amostra	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	49	Se sim, qual bactéria		
	50	Parasita identificado na amostra	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	51	Se sim, qual parasita		
	52	Uso de medicamentos antes da coleta	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	53	Se sim, qual?		
	54	Data do envio da amostra ao LACEN	55	Acondicionamento da amostra adequada	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		

