

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 0 8 0
	3	Data da Notificação		
	4	UF	5	Município de Notificação
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	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Gestante	13	Raça/Cor
	14	Escolaridade	15	Número do Cartão SUS
16	Nome da mãe			

Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito	
	20	Bairro	21	Logradouro	Código			
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1		
	25	Geo campo 2	26	Ponto de Referência	27	CEP		
	28	(DDD) Telefone	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Dados Clínicos	31	Sinais e Sintomas	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	32	Presença de sangue nas fezes	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Vômitos - N.º de episódios/24 horas	Duração (dias)	<input type="checkbox"/>	Febre - Temperatura	°C
				<input type="checkbox"/>	Diarréia - N.º de episódios/24 horas	Duração (dias)
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Antecedentes Vacinais	33	Aleitamento materno	<input type="checkbox"/>	34	Se sim	<input type="checkbox"/>	35	Até quando?	Mês (es)	36	Vacina contra Rotavírus	<input type="checkbox"/>				
	1 - Sim 2 - Não		1 - Exclusivo 2 - Misto						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
	37	1ª dose - Data da aplicação	38	1ª dose - Lote	39	1ª dose - Laboratório produtor										
	40	2ª dose - Data da aplicação	41	2ª dose - Lote	42	2ª dose - Laboratório produtor										
43											A vacina VOP foi administrada no mesmo dia da vacina contra rotavírus?	<input type="checkbox"/>	44	Data da última dose de VOP		
											1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

Dados do Laboratório	45	Data da coleta da amostra de fezes	46	Rotavírus identificado na amostra	<input type="checkbox"/>	47	Qual foi o genótipo G:					
					1 - Sim 2 - Não							
	48	Qual foi o genótipo P:	49	Outro vírus identificado na amostra	<input type="checkbox"/>	50	Se sim, qual					
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
	51	Bactéria identificada na amostra	<input type="checkbox"/>	52	Se sim, qual bactéria							
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado											
	53	Parasita identificado na amostra	<input type="checkbox"/>	54	Se sim, qual parasita							
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado												
55	Uso de medicamentos antes da coleta	<input type="checkbox"/>	56	Se sim, qual?								
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado												
57	Data do envio da amostra ao LACEN	58	Acondicionamento da amostra adequada	<input type="checkbox"/>								
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								

