

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		3	Data da Notificação
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (CID10)	A 0 8 0
	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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14	Escolaridade	15	Número do Cartão SUS	16	Nome da mãe		
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito	

Dados de Residência	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)	
	31	Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	32	Presença de sangue nas fezes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	33	Aleitamento materno 1 - Sim 2 - Não	34	Se sim 1 - Exclusivo 2 - Misto	35	Até quando? Mês (es)	36

Dados Complementares do Caso

Dados Clínicos	31	Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	32	Presença de sangue nas fezes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	<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) _____	

Antecedentes Vacinais	33	Aleitamento materno 1 - Sim 2 - Não	34	Se sim 1 - Exclusivo 2 - Misto	35	Até quando? Mês (es)	36	Vacina contra Rotavírus 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? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	44	Data da última dose de VOP				

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

Conclusão	59 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado	60 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/>
	1 - Confirmado 2 - Descartado	1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico
	61 Diarréia por rotavírus 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Caso isolado	<input type="checkbox"/> Se surto sim, local _____
	62 Evolução <input type="checkbox"/>	1 - Cura 2 - Óbito por Rotavírus 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
63 Data do Óbito _____	64 Data do Encerramento _____	

Informações complementares e observações

Observações Adicionais:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
	Rotavírus	Sinan Net	SVS 16/04/2008