

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		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença ROTAVÍRUS		Código (CID10) A 0 8 0	
	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 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 Logradouro (rua, avenida,...)			
Dados de Residência	19 Complemento (apto., casa, ...)		Código	18 Número
	20 Ponto de Referência		21 UF	
	22 Município de Residência		Código (IBGE)	
	23 Bairro		Código (IBGE)	24 CEP
	25 (DDD) Telefone		26 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	27 País (se residente fora do Brasil) Código
	28 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Dados Clínicos	<input type="checkbox"/> Vômitos - N.º de episódios/24 horas _____ Duração (dias) _____ <input type="checkbox"/> Diarréia - N.º de episódios/24 horas _____ Duração (dias) _____			29 Presença de sangue nas fezes <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	30 Aleitamento materno <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		31 Se sim <input type="checkbox"/> 1 - Exclusivo 2 - Misto	32 Até quando? _____ Mês (es)
Antecedentes Vacinais	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 administradas no mesmo dia da vacina contra rotavírus? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			41 Data da última dose de VOP
Dados do Laboratório	42 Data da coleta da amostra de fezes		43 Rotavírus identificado na amostra <input type="checkbox"/> 1 - Sim 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 2 - Não 9 - Ignorado		47 Se sim, qual	
	48 Bactéria identificada na amostra <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		49 Se sim, qual bactéria	
	50 Parasita identificado na amostra <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		51 Se sim, qual parasita	
	52 Uso de medicamentos antes da coleta <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Se sim, qual?	
	54 Data do envio da amostra ao LACEN		55 Acondicionamento da amostra adequada 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

