



DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO: CRIANÇA MENOR DE CINCO ANOS, COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DIARREICA 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 - AGRAVO / DOENÇA ROTAVÍRUS | | CÓDIGO (CID 10) A 08 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 <input type="checkbox"/> | 11 - SEXO <input type="checkbox"/> | 12 - RAÇA / COR <input type="checkbox"/> | | |
| | 1 - HORA 3 - MÊS | M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO | 1 - BRANCA 4 - PARDA | 2 - PRETA 5 - INDÍGENA | 3 - AMARELA 9 - IGNORADO |
| | 2 - DIA 4 - ANO | 13 - NÚMERO DO CARTÃO SUS | | 14 - NOME DA MÃE | |

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------------------|---|---|---------------|---------|
| DADOS DE RESIDÊNCIA | 15 - ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA, ETC.) | | CÓDIGO | 16 - NÚMERO | |
| | 17 - COMPLEMENTO | 18 - PONTO DE REFERÊNCIA | | | 19 - UF |
| | 20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | | CÓDIGO (IBGE) | |
| | 21 - BAIRRO | | CÓDIGO (IBGE) | 22 - CEP | |
| | 28 - (DDD) TELEFONE | 29 - ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA / RURAL 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> | 30 - PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL) | | |

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

| | | | | | |
|----------------|--|---|------------------------------------|--|--|
| DADOS CLÍNICOS | 26 - SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO | | | 27 - PRESENÇA DE SANGUE NAS FEZES <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> VÔMITOS - Nº DE EPISÓDIOS / 24 HORAS _____ DURAÇÃO (DIAS) _____ | <input type="checkbox"/> FEBRE - TEMP. _____ °C | 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|---|----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| ANTECEDENTES VACINAIS | 28 - ALEITAMENTO MATERNO <input type="checkbox"/> | | 29 - SE SIM <input type="checkbox"/> | 30 - ATÉ QUANDO _____ MÊS | 31 - VACINA CONTRA ROTAVÍRUS <input type="checkbox"/> | |
| | 1 - SIM 2 - NÃO | 1 - EXCLUSIVO 2 - MISTO | | 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO | | |
| | 32 - 1ª DOSE - DATA DA APLICAÇÃO | | 33 - 1ª DOSE - LOTE | | 34 - 1ª DOSE - LABORATÓRIO PRODUTOR | |
| | 35 - 2ª DOSE - DATA DA APLICAÇÃO | | 36 - 2ª DOSE - LOTE | | 37 - 2ª DOSE - LABORATÓRIO PRODUTOR | |

| | | | | | | |
|----------------------|---|--|--|--|---------------------------------|--|
| DADOS DO LABORATÓRIO | 40 - DATA DA COLETA DA AMOSTRA DE FEZES | | 41 - ROTAVÍRUS IDENTIFICADO NA AMOSTRA <input type="checkbox"/> | | 42 - QUAL FOI GENÓTIPO G: _____ | |
| | 43 - QUAL FOI GENÓTIPO P: _____ | | 44 - OUTRO VÍRUS IDENTIFICADO NA AMOSTRA <input type="checkbox"/> | | 45 - SE SIM, QUAL? _____ | |
| | 46 - BACTÉRIA IDENTIFICADA NA AMOSTRA <input type="checkbox"/> | | 47 - SE SIM, QUAL BACTÉRIA? _____ | | | |
| | 48 - PARASITA IDENTIFICADO NA AMOSTRA <input type="checkbox"/> | | 49 - SE SIM, QUAL PARASITA? _____ | | | |
| | 50 - USO DE MEDICAMENTOS ANTES DA COLETA <input type="checkbox"/> | | 51 - SE SIM, QUAL MEDICAMENTO? _____ | | | |
| | 52 - DATA DO ENVIO DA AMOSTRA LACEN | | 53 - ACONDICIONAMENTO DA AMOSTRA ADEQUADA <input type="checkbox"/> | | | |

| | | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|--|
| CONCLUSÃO | 54 - CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/> | | 55 - CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE <input type="checkbox"/> | | | |
| | 1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO | | 1 - LABORATÓRIO 2 - CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO 3 - CLÍNICO | | | |
| | 56 - DIARREIA POR ROTAVÍRUS <input type="checkbox"/> | | 1 - SIM 2 - NÃO | | | |
| | <input type="checkbox"/> CASO ISOLADO <input type="checkbox"/> SURTO. ESPECIFICAR LOCAL _____ | | | | | |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

| | | | |
|---------------------|------------------------------|--------|--------------------------|
| INVESTIGADOR | MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE | | CÓD. DA UNIDADE DE SAÚDE |
| | DATA | FUNÇÃO | ASSINATURA |