



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 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 <input type="checkbox"/>	11 - SEXO <input type="checkbox"/>	12 - GESTANTE <input type="checkbox"/>	13 - RAÇA/COR <input type="checkbox"/>	
	1 - HORA 3 - MÊS	M - MASCULINO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA	
	2 - DIA 4 - ANO	F - FEMININO		4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO	
14 - ESCOLARIDADE		15 - NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 - NOME DA MÃE	

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 ESTADO	18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO IBGE		19 - NÚMERO
	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 <input type="checkbox"/>	30 - PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		
		1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA / RURAL 9 - IGNORADO				

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 - Nº DE EPISÓDIOS / 24 HORAS _____ DURAÇÃO (DIAS) _____	<input type="checkbox"/> FEBRE - TEMP. _____ °C		1 - SIM	
	<input type="checkbox"/> DIARREIA - Nº DE EPISÓDIOS / 24 HORAS _____ DURAÇÃO (DIAS) _____			2 - NÃO	
				9 - IGNORADO	

ANTECEDENTES VACINAIS	33 - ALEITAMENTO MATERNO <input type="checkbox"/>		34 - SE SIM <input type="checkbox"/>	35 - ATÉ QUANDO		36 - VACINA CONTRA ROTAVÍRUS <input type="checkbox"/>
	1 - SIM 2 - NÃO		1 - EXCLUSIVO 2 - MISTO	MÊS		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 GENÓTIPO G: _____	
			1 - SIM 2 - NÃO			
	48 - QUAL FOI 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 MEDICAMENTO? _____				
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO						
57 - DATA DO ENVIO DA AMOSTRA LACEN		58 - ACONDICIONAMENTO DA AMOSTRA ADEQUADA <input type="checkbox"/>				
		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO				

CONCLUSÃO	59 - CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/>		60 - CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE <input type="checkbox"/>		
	1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO		1 - LABORATÓRIO 2 - CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO 3 - CLÍNICO		
	61 - DIARREIA POR ROTAVÍRUS 1 - SIM 2 - NÃO				
	<input type="checkbox"/> CASO ISOLADO <input type="checkbox"/> SURTO. ESPECIFICAR 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		

