

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)			
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	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			
Dados de Residência	17 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	18 Número		
	19 Complemento (apto., casa, ...)		20 Ponto de Referência			
	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		
Dados Complementares do Caso						
Dados Clínicos	28 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			29 Presença de sangue nas fezes		
	<input type="checkbox"/> Vômitos - N.º de episódios/24 horas ____ Duração (dias) ____ <input type="checkbox"/> Diarréia - N.º de episódios/24 horas ____ Duração (dias) ____			<input type="checkbox"/> Febre - Temperatura ____ °C 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Antecedentes Vacinais	30 Aleitamento materno <input type="checkbox"/>		31 Se sim <input type="checkbox"/>		32 Até quando? <input type="checkbox"/>	
	1 - Sim 2 - Não		1 - Exclusivo 2 - Misto		Mês (es)	
	33 Vacina contra Rotavírus <input type="checkbox"/>		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	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?				41 Data da última dose de VOP		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
Dados do Laboratório	42 Data da coleta da amostra de fezes		43 Rotavírus identificado na amostra <input type="checkbox"/>		44 Qual foi o genótipo G:	
			1 - Sim 2 - Não			
	45 Qual foi o genótipo P:		46 Outro vírus identificado na amostra <input type="checkbox"/>		47 Se sim, qual	
			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	48 Bactéria identificada na amostra <input type="checkbox"/>		49 Se sim, qual bactéria			
	50 Parasita identificado na amostra <input type="checkbox"/>		51 Se sim, qual parasita			
52 Uso de medicamentos antes da coleta <input type="checkbox"/>		53 Se sim, qual?				
54 Data do envio da amostra ao LACEN		55 Acondicionamento da amostra adequada				
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

