

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		31 Se sim		32 Até quando?		33 Vacina contra Rotavírus	
	1 - Sim 2 - Não		1 - Exclusivo 2 - Misto		Mês (es)		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			
Dados do Laboratório	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							
	42 Data da coleta da amostra de fezes		43 Rotavírus identificado na amostra		44 Qual foi o genótipo G:			
			1 - Sim 2 - Não					
	45 Qual foi o genótipo P:		46 Outro vírus identificado na amostra		47 Se sim, qual			
			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	48 Bactéria identificada na amostra		49 Se sim, qual bactéria					
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
50 Parasita identificado na amostra		51 Se sim, qual parasita						
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
52 Uso de medicamentos antes da coleta		53 Se sim, qual?						
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
54 Data do envio da amostra ao LACEN		55 Acondicionamento da amostra adequada		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

