

**ROTAVÍRUS**

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 Agravo/doença <b>ROTAVÍRUS</b>		Código (CID10) A08.0	3 Data da Notificação		
	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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não				Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não	CPF do paciente	Nacionalidade	
	Passaporte		Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
	17 UF	18 Município de Residência		19 DISTRITO		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)			
Unidade de Saúde de Referência						
DADOS DE RESIDÊNCIA	ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS					
	31 Sinais e Sintomas <input type="checkbox"/> Vômitos - N.º de episódios/24 horas _____ Duração (dias) _____ <input type="checkbox"/> Febre - Temperatura _____ °C <input type="checkbox"/> Diarréia - N.º de episódios/24 horas _____ Duração (dias) _____			32 Presença de sangue nas fezes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	33 Aleitamento materno 1 - Sim 2 - Não		34 Se sim 1 - Exclusivo 2 - Misto	35 Até quando? _____ Mês (es) 36 Vacina contra Rotavírus 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	37		38 1ª dose - Lote		39 1ª dose - Laboratório produtor	
	40		41 2ª dose - Lote		42 2ª dose - Laboratório produtor	
	43 A vacina VOP foi administrada no mesmo dia da vacina contra rotavírus? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				44 Data da última dose de VOP	
	45 Data da coleta da amostra de fezes		46 Rotavírus identificado na amostra 1 - Sim 2 - Não		47 Qual foi o genótipo G:	
	48 Qual foi o genótipo P:		49 Outro vírus identificado na amostra 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		50 Se sim, qual	
	DADOS CLÍNICOS					
ANTECEDENTES VACINAIS						
DADOS DO LABORATÓRIO						

