

FICHA DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

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			
	2	Agravo/doença	ROTAVÍRUS		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	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	21	UF
	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)

Dados Complementares do Caso

Dados Clínicos	28	Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	29	Presença de sangue nas fezes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	<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) ____	

Antecedentes Vacinais	30	Aleitamento materno 1 - Sim 2 - Não	31	Se sim 1 - Exclusivo 2 - Misto	32	Até quando? Mês (es)	33	Vacina contra Rotavírus 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 administrada no mesmo dia da vacina contra rotavírus? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	41	Data da última dose de VOP				

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

