

SES:

(Periodicidade de notificação – Até 24 Horas) N°

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

( ) Sim ( ) Não

# SINAN

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

**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 Agravado/doença <b>ROTAVÍRUS</b>		Código (CID10) <b>A 0 8 0</b>	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)		Código
<h3>Dados Complementares do Caso</h3>							
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"/> Diarréia - N.º de episódios/24 horas _____ Duração (dias) _____				<input type="checkbox"/> Febre - Temperatura _____ °C		
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 administradas 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				

[illegible]

Rotavirus	Sinan Net	SVS	19/11/2007
-----------	-----------	-----	------------

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_