



**Nota Informativa SEVISA nº 07/2024**

**11 de Março de 2024**

Gerência de Vigilância e Controle de Doenças Transmissíveis – GVCDT.  
Área Técnica de Vigilância e Controle dos Agravos de Veiculação Hídrica e Alimentar.

**Assunto:** Implantação de Unidades Sentinelas para Rotavírus no Estado de Alagoas.

## I. INTRODUÇÃO

A doença causada por rotavírus, também conhecida como rotavirose, é uma gastroenterite aguda (inflamação do estômago e dos intestinos) compreendida entre as doenças diarreicas agudas (DDA), e varia de um quadro leve, com predominância de diarreia líquida e vômitos de duração limitada, a quadros graves, com desidratação grave e febre, podendo evoluir a óbito (Guia de Vigilância em Saúde 6º ed, 2023). As definições de caso suspeito, caso confirmado e caso descartado acessar o [GUIA DE VIGILÂNCIA 2023 VOLUME 1.](#)

A estratégia de vigilância sentinela é propiciar a identificação dos tipos de vírus e como se dá a ampliação da contaminação geográfica da doença, com o objetivo de ser observatório ativo dos vírus circulantes, que estão causando doença diarreica aguda em crianças menores de 5 anos.

## II. OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA NAS UNIDADES SENTINELAS PARA ROTAVÍRUS

- ✓ Identificar os genótipos de rotavírus prevalentes circulantes entre as crianças menores de 5 anos atendidas em Unidades Sentinelas;
- ✓ Monitorar o impacto da vacinação contra o rotavírus na doença, e alterações na epidemiologia e nas cepas circulantes após a implementação da vacina contra o rotavírus;
- ✓ Monitorar a carga de outros patógenos entéricos entre os menores de 5 anos atendidos em Unidades Sentinelas.

## III. CRITÉRIOS DE UNIDADES SENTINELAS PARA ROTAVÍRUS

- ✓ Unidade de Saúde com leitos de internação e/ou observação de pediatria;
- ✓ As Unidades Sentinelas devem atender um mínimo de 100 crianças menores de 5 anos com DDA por ano;
- ✓ Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) implantada (na ausência, deve ter Comissão de Controle de infecção Hospitalar – CCIH);
- ✓ Capacidade para coleta e armazenamento de amostras de fezes para análises laboratoriais;
- ✓ Envolvimento da direção e das áreas afins.

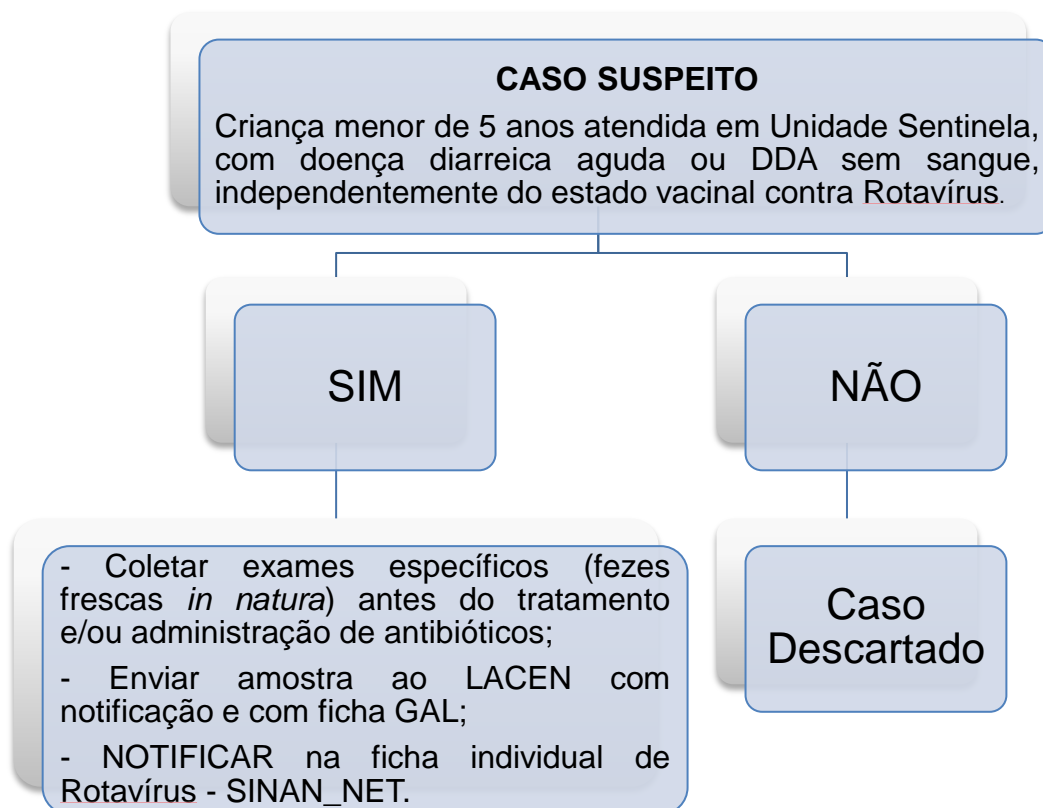


#### IV. NOTIFICAÇÃO

Os casos de rotavírus de **crianças** menores de 5 anos são de notificação compulsória apenas em Unidades Sentinelas para rotavírus, conforme disposto na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017 (Anexo XLIII) (BRASIL, 2017b).

As crianças que se enquadrem na definição de caso suspeito devem ser notificadas por meio da [Ficha de Notificação Individual para Rotavírus](#) e registrados no **Sinan\_Net** em até sete dias.

#### V. FLUXOGRAMA LABORATORIAL PARA UNIDADES SENTINELAS



➔ **Nota:** Para este momento de implantação, 100% das amostras clínicas que atendam a definição de caso deverão ser enviadas ao LACEN.

#### VI. COLETA, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS CLÍNICAS.

A coleta da amostra de fezes deve ser realizada em todas às crianças menores de 5 anos que forem atendidas nas Unidades Sentinelas para rotavírus, que atendam à definição de caso.

##### • Sobre a coleta e acondicionamento de AMOSTRAS CLÍNICAS

##### Material necessário para coleta:

Frasco coletor estéril, rígido, boca larga e tampa rosqueável que permita um fechamento hermético.



### 1) A amostra coletada deve ser de forma *in natura*, sem a utilização de conservantes químicos.

- Recolher preferencialmente, em torno de 5 a 10 ml:
  - A coleta da amostra de fezes para rotavírus deverá ser realizada no momento da admissão ou em até 24 horas de internação;
  - Antes de iniciar o tratamento com antibióticos.
- Coletar em recipiente de boca larga (não utilizar substâncias químicas nem frascos inapropriados).

#### Importante:

- ✓ Evitar recolher amostras fecais contidas nas roupas do paciente, em superfícies ou no chão;
- ✓ Cadastrá-lo no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL e enviar via rede ao laboratório executor – Lacen/AL;
- ✓ Identificar o recipiente de coleta, preferencialmente antes da realização da coleta;
- ✓ Identificar o recipiente de coleta com nome do paciente, data e hora da coleta, número do GAL;
- ✓ Na impossibilidade de acesso ao sistema GAL, preencher todos os campos da “ficha GAL” manualmente, com os dados de cada paciente, encaminhar cópia, e proceder com o cadastro no momento oportuno.
- ✓ A Ficha do GAL está disponível em <https://lacen.al.gov.br/gal/manuais/#>

### 2) Procedimentos após a coleta

- Encaminhar a amostra ao Lacen/AL.

#### Importante:

- ✓ Amostra encaminhada sem rótulo (identificação) e/ou sem a ficha de notificação ou ficha GAL não poderá ser recebida para análise.

### 3) Acondicionamento, transporte, processamento e conservação da amostra:

- Após a coleta:
  - As amostras *in natura*, acondicionada em frasco de boca larga, devem ser acondicionadas em geladeira, entre 4°C e 8°C;
  - Quando mantida sob refrigeração (4ª a 8° C) o material deve ser encaminhado ao Lacen/AL em no máximo **48 horas**.
  - O material fecal deve ser encaminhado em caixa térmica para transporte de material biológico ou isopor, com gelo reciclável, a fim de manter a temperatura adequada;
  - É importante salientar que uma caixa de transporte de amostras refrigeradas deve ter um controle de temperatura, ou seja, deve possuir termômetro;
  - O envio do material em questão deve ser realizado em caixa separada das amostras de sangue e/ou outras amostras biológicas também obtidas, mesmo que estas sejam do mesmo paciente.



Secretaria de Estado da Saúde – SESAU  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA  
Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD

#### 4) Entrega e recebimento de amostras no LACEN

- O Lacen/AL recebe amostras todos os dias da semana em sistema de plantão 24 horas.

#### Importante:

- ✓ Não serão aceitas amostras que não atendam aos requisitos relativos à identificação, acondicionamento, prazo, ou seja, amostras com não conformidades que possam interferir na qualidade dos resultados.

Solicitamos ainda que, sendo necessários esclarecimentos adicionais, podem ser enviados e-mails para: [gvcdt.sesau.al@gamil.com](mailto:gvcdt.sesau.al@gamil.com), [avetsesau.al@gmail.com](mailto:avetsesau.al@gmail.com), [athidricaealimentaral@gmail.com](mailto:athidricaealimentaral@gmail.com) e para informações adicionais a respeito de coleta, acondicionamento e transporte de amostras clínicas, contatar o Lacen nos seguintes números: 82 3315-2763 ou 3315-2737.



Secretaria de Estado da Saúde – SESAU  
 Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA  
 Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD

ANEXOS

1. FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA ROTAVÍRUS SINAN\_NET

República Federativa do Brasil  
 Ministério da Saúde

SINAN  
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL  
 ROTAVÍRUS

Nº

**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	Código (CID10) 3 A 080					
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data dos Primeiros Sintomas				
	8	Nome do Paciente	9			Data de Nascimento			
Notificação Individual	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado				
	12	Gestante	13			Raça/Cor			
	14	Escolaridade	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado						
	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	Pais (se residente fora do Brasil)	Código		
	<b>Dados Complementares do Caso</b>								
Dados Clínicos	28	Sinais e Sintomas	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		29	Presença de sangue nas fezes			
	Vômitos - N.º de episódios/24 horas _____ Duração (dias) _____				Febre - Temperatura _____ °C				
	Diarréia - N.º de episódios/24 horas _____ Duração (dias) _____				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Antecedentes Vacinais	30	Alimentação materno	1 - Sim 2 - Não	31	Se sim	32	Até quando?		
	1 - Exclusivo 2 - Misto		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?	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	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						

Rotavírus Sinan Net SVS 16/04/2008



Secretaria de Estado da Saúde – SESAU  
 Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA  
 Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD

Concluído	56 Classificação Final <input type="checkbox"/>	57 Critério de Confirmação/ Descarte <input type="checkbox"/>
	1 - Confirmado 2 - Descartado	1 - Laboratório 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico
	58 Diaréia por rotavírus <input type="checkbox"/> Caso isolado	1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Surto, especificar local _____
	59 Evolução <input type="checkbox"/>	1 - Cura 2 - Óbito por Rotavírus 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
60 Data do Óbito	61 Data do Encerramento	

**Informações complementares e observações**

**Observações Adicionais:**


Investigador	63 Município/Unidade de Saúde	65 Cód. da Unid. de Saúde	
	66 Nome	67 Função	68 Assinatura
	Rotavírus	Sinan Net	SVS 16/04/2008



Secretaria de Estado da Saúde – SESAU  
 Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA  
 Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD

2. FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME - GAL

República Federativa do Brasil  
 Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

Requisição de Exame

**REQUISIÇÃO**

1 Nº Requisição: \_\_\_\_\_

2 Unidade de Saúde (ou outra fonte): \_\_\_\_\_

3 Município de Assentamento: \_\_\_\_\_

4 UF: \_\_\_\_\_

5 Código IBGE\*: \_\_\_\_\_

6 Nome do Profissional de Saúde\*: \_\_\_\_\_

7 Registro Profissional/Matrícula\*: \_\_\_\_\_

8 Assinatura: \_\_\_\_\_

9 Data de Solicitação\*: \_\_\_\_\_

10 Data dos Primeiros Sintomas: \_\_\_\_\_

11 Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 9 - Ignorado

12 Tratamento: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado

13 Etapa de Tratamento: 1 - Protocolamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado

14 Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

15 Data da última dose: \_\_\_\_\_

**PACIENTE**

16 Nome do Paciente\*: \_\_\_\_\_

17 Data de Nascimento\*: \_\_\_\_\_

18 Idade\*: 1 - Menor 2 - Menor 3 - Menor 4 - Menor

19 Sexo\*: M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado

20 Idade Gestacional: 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade Gestacional Ignorada 9 - Não 9 - Não se aplica 9 - Ignorado

21 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

22 Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS

23 Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS

24 Logradouro: (Rua, Avenida...) \_\_\_\_\_

25 Número: \_\_\_\_\_

26 Complemento: \_\_\_\_\_

27 Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

28 Bairro: \_\_\_\_\_

29 Município de Residência\*: \_\_\_\_\_

30 Código IBGE\*: \_\_\_\_\_

31 UF: \_\_\_\_\_

32 CEP: \_\_\_\_\_

33 DDD / Telefone: \_\_\_\_\_

34 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periferia 9 - Ignorado

35 País (Se reside fora do Brasil)\*: \_\_\_\_\_

**AMOSTRA / EXAME**

36 Exame Solicitado*	37 Material Enviado*	38 Amostra* (Única, 1ª, 2ª, 3ª, 4ª)	39 Data da coleta*	40 Usou medicamento antes da data da coleta?
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado (Especifique: _____)
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado (Especifique: _____)
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado (Especifique: _____)
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado (Especifique: _____)
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado (Especifique: _____)

**SINAN**

41 Agravio/Doença: \_\_\_\_\_

42 CID 10\*: \_\_\_\_\_

43 Nº Notificação do SINAN\*: \_\_\_\_\_

44 Data de Notificação\*: \_\_\_\_\_

45 Unidade de Saúde Notificante: \_\_\_\_\_

46 Município de Notificação: \_\_\_\_\_

47 UF: \_\_\_\_\_

48 Código IBGE\*: \_\_\_\_\_

**DADOS COMPLEMENTARES**

49 Dados Clínicos/Laboratoriais: \_\_\_\_\_

\*Campo de preenchimento obrigatório



### 3. INSTRUCIONAL DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE ROTAVIRUS

#### ROTAVIRUS INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO Sinan NET

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.  
**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso.

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data em que surgiram os primeiros sintomas no paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuzo, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 a 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 ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
17. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
18. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**





Secretaria de Estado da Saúde – SESAU  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVISA  
Superintendência de Vigilância e Controle de Doenças – SUVCD

19. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.
22. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
23. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
25. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
26. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
28. Anotar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
29. Anotar se o paciente apresentou sangue nas fezes. **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar se o paciente recebeu aleitamento materno. **CAMPO ESSENCIAL.**
31. Anotar se o aleitamento materno foi exclusivo ou misto, ou seja, foi oferecido leite industrializado. **CAMPO ESSENCIAL,** quando campo 33 = 1.
32. Anotar o tempo do aleitamento materno independente se exclusivo ou não. **CAMPO ESSENCIAL,** quando campo 33 = 1.
33. Anotar se o paciente tomou a vacina contra Rotavírus (VORH). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
34. Anotar a data de aplicação da 1ª dose da vacina (VORH). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando campo 36 = 1.
35. Anotar o número do lote da 1ª dose da vacina (VORH) aplicada
36. Anotar o nome do laboratório produtor da 1ª dose da vacina (VORH) aplicada
37. Anotar a data da aplicação da 2ª dose da vacina (VORH). **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Anotar o número do lote da 2ª dose da vacina (VORH) aplicada
39. Anotar o nome do laboratório produtor da 2ª dose da vacina (VORH) aplicada
40. Informar se a vacina VOP (Vacina Oral contra Pólio) foi administrada no mesmo dia da vacina contra rotavírus (VORH) **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Anotar data da última dose da VOP (Vacina Oral contra Pólio). **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Anotar data da coleta de amostra de fezes *in natura* para pesquisa de rotavírus. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
43. Anotar se foi identificado Rotavírus na amostra. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 45 estiver preenchido.
44. Anotar qual foi o genótipo G identificado
45. Anotar qual foi o genótipo P identificado
46. Anotar se outro vírus foi identificado na amostra. **CAMPO ESSENCIAL.**
47. Caso tenha sido identificado outro vírus na amostra, informar qual (is)
48. Anotar se foi identificada bactéria na amostra. **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Caso tenha sido identificada bactéria na amostra, informar qual (is)
50. Anotar se foi identificado parasita na amostra. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Caso tenha sido identificado parasita na amostra, informar qual (is)
52. Informar se o paciente utilizou algum medicamento para tratamento, antes da coleta da amostra. **CAMPO ESSENCIAL.**
53. Se foi utilizada medicação antes da coleta, informar qual (is)
54. Anotar a data do envio da amostra ao Lacen
55. Anotar quanto à adequação do acondicionamento da amostra. **CAMPO DE PREENCHIMENTO** quando campo 42 estiver preenchido.
56. Anotar a classificação final do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando campo 61 estiver preenchido.
57. Anotar o critério de confirmação/descarte do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO,** quando campo 59 estiver preenchida.
58. Anotar se o caso é isolado ou faz parte de um surto de rotavírus. Se for surto, informar o nome do local (ex. creche, escola, rua, bairro). **CAMPO ESSENCIAL.**
59. Anotar evolução do caso. **CAMPO ESSENCIAL.**
60. Anotar a data do óbito
61. Anotar a data do encerramento da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando campo 59 estiver preenchido.

Informações complementares e observações:

-Anotar observações adicionais sobre o caso

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.