Ficha Detalhada

MARINA CRUZ FELIX
Cartão SUS: 700 3094 0616 1240

Polo Base: BELÉM DO SOLIMÕES		**Aldeia:** BELÉM DO SOLIMÕES
Nº Residência: 0031-F		**Família:** 001
Nome Pai:		**Nome Mãe:**
Data Nascimento: 09/10/1964	**Idade:**60 Ano(s), 9 Mes(es) e 0 Dia(s)	**Sexo:**Feminino
Peso ao Nascer:		**Deficiência Congenita:**Não

MORBIDADE

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
14/02/2014	L30	Outras dermatites	--
14/02/2014	L20	Dermatite atopica	--
17/03/2014	R30	Dor associada a miccao	--
19/11/2017	Y07.2	Outros maus tratos por conhecido ou amigo	19/11/2017
22/06/2022	G44.2	Cefaleia tensional	--
14/09/2023	H10	Conjuntivite	--
30/04/2025	N39.0	Infeccao do trato urinario de localizacao nao especificada	--

SINAIS E SINTOMAS

Data Atendimento	Sinal ou Sintoma	Característica	Intensidade	Frequência	Data Encerramento
Alteração da temperatura corporal	--	Maior que 37,5°C	--	--	

IMUNIZAÇÃO

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
22/09/1980	dT (Dupla tipo adulto)	1ª	Vacinado
10/12/1990	Hepatite B	1ª	Vacinado
24/03/1995	dT (Dupla tipo adulto)	2ª	Vacinado
08/06/2004	Varicela	Única	Vacinado
13/04/2005	SCR (tríplice viral)	1ª	Vacinado
13/04/2005	Febre Amarela	1ª	Vacinado
13/04/2005	Hepatite B	2ª	Vacinado
13/04/2005	dT (Dupla tipo adulto)	3ª	Vacinado
08/12/2005	Hepatite B	3ª	Vacinado
23/12/2005	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
26/01/2007	Febre Amarela	-	Vacinado
18/02/2008	Pneumocócica 23 v	Única	Vacinado
31/07/2008	SCR (tríplice viral)	2ª	Vacinado
07/02/2012	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
27/04/2013	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
26/04/2014	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado

23/03/2015	dT (Dupla tipo adulto)	Reforço	Vacinado
19/06/2015	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
27/04/2016	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
22/04/2017	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
23/04/2018	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
30/03/2019	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
28/04/2020	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
20/05/2021	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
10/05/2022	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
15/04/2023	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Data Atendimento	Tipo de Consulta	Peso	Estatura(cm)	IMC
11/04/2025	1º Consulta	47.950	152.000	20.700
09/05/2025	1º Consulta	49.500	152.000	21.400
11/06/2025	1º Consulta	45.600	152.000	19.700

ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	Má Formação	Necessidade de Prótese?		Uso de Prótese?	
		Superior	Inferior	Superior	Inferior
16/10/2018	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
14/01/2022	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Uso de prótese parcial	Uso de prótese parcial
16/11/2023	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
25/03/2024	Não	Necessidade de prótese total	Necessidade de prótese total	Uso de prótese total	Uso de prótese total

PCCU

Data Coleta	Data Resultado	Situação Amostra	Diagnóstico Descritivo
27/04/2023	29/09/2023	Satisfatória	Dentro dos Limites da Normalidade