Ficha Detalhada

FATIMA GUEDES DO CARMO
Cartão SUS: 700 8009 9858 6886

Polo Base: BELÉM DO SOLIMÕES		**Aldeia:** BELÉM DO SOLIMÕES
Nº Residência: 0001-C		**Família:** 001
Nome Pai:		**Nome Mãe:**
Data Nascimento: 13/05/1973	**Idade:**52 Ano(s), 1 Mes(es) e 21 Dia(s)	**Sexo:**Feminino
Peso ao Nascer:		**Deficiência Congenita:**Não

MORBIDADE

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
03/09/2019	N39.0	Infeccao do trato urinario de localizacao nao especificada	--
14/01/2022	Z29.8	Outras medidas profilaticas especificadas	--
21/12/2022	B74	Filariose	21/12/2022
26/12/2022	B00	Infeccoes pelo virus do herpes [herpes simples]	--
15/06/2023	M54.9	Dorsalgia nao especificada	--
28/02/2024	J00	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	--

SINAIS E SINTOMAS

Data Atendimento	Sinal ou Sintoma	Característica	Intensidade	Frequência	Data Encerramento
Dor	De cabeça	--	Em pontada	--	

IMUNIZAÇÃO

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
13/05/1973	BCG	Única	Vacinado
26/11/1994	Febre Amarela	-	Vacinado
27/03/1995	dT (Dupla tipo adulto)	1ª	Vacinado
05/04/1996	dT (Dupla tipo adulto)	2ª	Vacinado
10/08/1999	Hepatite B	1ª	Vacinado Hepatite
10/08/1999	dT (Dupla tipo adulto)	3ª	Vacinado
01/11/2001	Hepatite B	2ª	Vacinado Hepatite
21/11/2001	Varicela	1ª	Vacinado
23/02/2002	DUPLA VIRAL	1ª	Vacinado
23/02/2002	Hepatite B	3ª	Vacinado Hepatite
22/03/2007	Febre Amarela	1ª	Vacinado
20/02/2008	Pneumocócica 23 v	Única	Vacinado com Pneumocócica 23-v
18/11/2008	SCR (tríplice viral)	1ª	Vacinado
11/05/2009	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
12/12/2009	dT (Dupla tipo adulto)	Reforço	Vacinado

28/04/2010	SCR (tríplice viral)	2ª	Vacinado
15/04/2014	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
04/05/2015	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
08/05/2017	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
01/06/2018	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
04/02/2019	dT (Dupla tipo adulto)	-	Vacinado
05/04/2019	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
25/05/2020	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
21/05/2021	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
07/05/2022	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado

ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	**Má Formação**	**Necessidade de Prótese?**		**Uso de Prótese?**	
		Superior	**Inferior**	**Superior**	**Inferior**
30/10/2018	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
03/01/2024	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Uso de prótese parcial	Não usa prótese