Ficha Detalhada

LEILA ADRIÃO TENAZOR
Cartão SUS: 700 0094 9599 1603

Polo Base: BELÉM DO SOLIMÕES		**Aldeia:** BELÉM DO SOLIMÕES
Nº Residência: 0020-B		**Família:** 041
Nome Pai:		**Nome Mãe:**
Data Nascimento: 23/07/1996	**Idade:**28 Ano(s), 11 Mes(es) e 8 Dia(s)	**Sexo:**Feminino
Peso ao Nascer:		**Deficiência Congenita:**Não

MORBIDADE

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
28/08/2017	L05	Cisto pilonidal	--
05/05/2019	H19.1	Ceratite e ceratoconjuntivite pelo virus do herpes simples (B00.5+)	--
29/06/2020	H83.0	Labirintite	--
28/07/2020	N30.0	Cistite aguda	--
07/08/2020	Z71.2	Pessoa que consulta para explicacao de achados de exame	--
11/10/2020	A36.0	Difteria faringea	--
05/11/2020	Z00.0	Exame medico geral	--
28/04/2021	J03.0	Amigdalite estreptococica	--
14/06/2021	Z29.8	Outras medidas profilaticas especificadas	--
26/05/2024	J06.9	Infeccao aguda das vias aereas superiores nao especificada	--

IMUNIZAÇÃO

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
26/11/1996	Hepatite B	1ª	Vacinado
26/11/1996	BCG	Única	Vacinado
06/09/1997	Febre Amarela	1ª	Vacinado
11/02/1998	Hepatite B	2ª	Vacinado
11/08/1999	Hepatite B	3ª	Vacinado
28/04/2000	DTP (tríplice bacteriana)	1ª	Vacinado com DTP
14/05/2001	SCR (tríplice viral)	1ª	Vacinado
22/11/2001	Varicela	Única	Vacinado
12/04/2005	Pneumocócica 23 v	Única	Vacinado
31/08/2005	dT (Dupla tipo adulto)	1ª	Vacinado
23/03/2007	Febre Amarela	-	Vacinado
08/05/2012	SCR (tríplice viral)	2ª	Vacinado
08/05/2012	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
10/04/2013	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
24/04/2014	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado

28/04/2015	dT (Dupla tipo adulto)	2ª	Vacinado
28/04/2015	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
05/05/2016	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
05/05/2017	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
25/04/2018	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
02/04/2019	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
26/05/2020	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
18/09/2020	SCR (tríplice viral)	3ª	Vacinado Campanha
24/05/2021	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
09/02/2023	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado

ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	**Má Formação**	**Necessidade de Prótese?**		**Uso de Prótese?**	
		Superior	**Inferior**	**Superior**	**Inferior**
06/04/2017	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
06/04/2017	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
06/04/2017	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
09/10/2018	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
25/02/2019	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
02/05/2022	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese