



MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA DE ITAIPU
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE COMORBIDADE PARA VACINAÇÃO COVID-19

Dados do(a) paciente

Nome completo: _____ Data de Nascimento ____ / ____ / ____
Idade: _____ Cartão SUS: _____ CPF: _____
Rua: _____ Número: _____ Bairro: _____
Nome da mãe: _____
Concordo com a divulgação das informações aqui apresentadas visando a vacina contra a COVID-19 .

Assinatura do paciente

Eu, profissional Médico abaixo identificado, declaro e dou fé, por meio de avaliação criteriosa conforme atribuição médica, que o referido(a) paciente apresenta a(s) comorbidade(s) assinalada(s) abaixo. Portanto, DECLARO que a pessoa acima identificada possui os critérios especificados no PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINA CONTRA A COVID-19 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário das comorbidades.

() Diabetes melitus;

Pneumopatias crônicas graves:

() Doença pulmonar obstrutiva crônica () Fibrose cística () fibroses pulmonares () Pneumoconioses
() Displasia broncopulmonar () Asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).

Hipertensão Arterial Resistente (HAR):

() Pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão.
() PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos antihipertensivos.

Hipertensão arterial estágio 3:

() PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.
() Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidades;

Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade

() PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade.

Insuficiência cardíaca (IC)

() IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada;
() IC em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association.

Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar

() Cor-pulmonale crônico. () Hipertensão pulmonar primária ou secundária.

Cardiopatia hipertensiva

() Hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação. () Sobrecarga atrial e ventricular. () Disfunção diastólica e/ou sistólica. () Lesões em outros órgãos-alvo. Qual (ais): _____

Síndromes coronarianas:

- Síndromes coronarianas crônicas: () Angina Pectoris estável; () Cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio.



MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA DE ITAIPU
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria Municipal de Saúde

Valvopatias:

- *Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico:*
() Estenose ou insuficiência aórtica; () Estenose ou insuficiência mitral; () Estenose ou insuficiência pulmonar; () Estenose ou insuficiência tricúspide.

Miocardiopatias e Pericardiopatias

() Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; () Pericardite crônica; () Cardiopatia reumática.

Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas

() Aneurismas. () Dissecções. () Hematomas da aorta e demais grandes vasos.

Arritmias cardíacas

() Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou () Cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais)

Cardiopatias congênita no adulto

() Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica. () Crises hipoxêmicas. () Insuficiência cardíaca; () Arritmias; () Comprometimento miocárdico.

Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados

() Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas;

Dispositivos cardíacos implantados: () Marca-passos. () Cardio desfibriladores. () Ressincronizadores.
() Assistência circulatória de média e longa permanência.

Doença cerebrovascular

() Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; () Ataque isquêmico transitório; () Demência vascular

Doença renal crônica

() Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m²) e/ou
() Síndrome nefrótica.

Imunossuprimidos

() Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; () Pessoas vivendo com HIV e CD4 10 mg/dia. () Recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; () Indivíduos em uso de imunossuppressores, qual (ais): _____ () Imunodeficiências primárias; () Pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; () Neoplasas hematológicas.

() **Anemia falciforme**

() **Obesidade mórbida** com Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40

() **Síndrome de down** (Trissomia do cromossomo 21).

() **Cirrose hepática** Child-Pugh A, B ou C.

Dados do Médico (a)

Nome completo: _____ CRM: _____

Local (UBS/Clínica/Hospital/entre outros): _____

Assinatura e Carimbo Médico

Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante é Crime de Falsidade Ideológica previsto no Código Penal Brasileiro, art. 299.