



DECLARAÇÃO DE COMORBIDADE

Dados do(a) paciente

Nome completo: _____ Data de Nascimento ____/____/____

Idade: _____ Cartão SUS: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

**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 Mellitus

• **Pneumopatias crônicas graves**

DPOC Fibrose Cística Fibroses pulmonares Pneumoconioses Displasia Broncopulmonar Asma grave: (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).

• **Hipertensão Arterial Resistente (HAR)**

Hipertensão arterial estágio 3
 Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidades (em uso de três ou mais anti-hipertensivos de classes diferentes)

• **Doenças cardiovasculares**

Insuficiência Cardíaca (IC) – IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada em estagios B,C ou D.

Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar

Cardiopatia hipertensiva

Síndromes coronarianas crônica

Valvopatia

Miocardiopatia e pericardiopatia

Doenças da aorta, dos grandes vasos e fístulas arteriovenosas

Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada

Cardiopatias congênitas no adulto com repercussão hemodinâmica, crise hipoxêmicas, insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdio.

Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados

• **Doença cerebrovascular**

AVC isquêmico ou hemorrágico Ataque isquêmico transitório Demência Vascular

• **Doenças neurológicas Crônicas**

Paralisia Cerebral Esclerose múltipla e condições Similares Doenças Hereditárias e degenerativas sistema Nervoso ou muscular Deficiência neurológica grave Doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória.

• **Doença Renal Crônica**

Doença Renal Crônica Estágio 3 ou mais e/ou síndrome nefrótica

• **Imunocomprometidos**

Transplantados órgão ou medula óssea, pessoas vivendo com HIV, demais indivíduos em uso de imunossupressores ou imunodeficiência primárias;

Pacientes oncológicos que realizou tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; Neoplasias hematológica.

Doença falciforme e Talassemia Maior

Obesidade mórbida – índice de massa corpórea (IMC) ≥40

Cirrose hepática – cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C

Trissomia do Cromossomo 21

Dados do Médico(a)

Data de atendimento ____/____/____

Nome completo: _____ CRM _____

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

Assinatura e Carimbo
Médico