



DECLARAÇÃO DE COMORBIDADE

Dados do(a) paciente

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

Idade: _____ Cartão SUS: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Gestante () sim () não Puérpera: () sim () não

**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

• **Imunossuprimidos**

() 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.

() **Anemia falciforme**

() **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/Clínica/Hospital/entre outros): _____

Assinatura e Carimbo
Médico