



Orientação: pacientes com comorbidades foram elencados como prioritários para vacinação contra a COVID-19. Para exercer o direito de receber essa vacina, o paciente precisa comprovar ter alguma das comorbidades elencadas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19 5ª.ed. (quadro 2, pag 27/28). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica-1.pdf/view (acesso em 21/4/2021).

Para tomar a vacina o paciente necessariamente deve levar essa declaração preenchida pelo médico e essa declaração ficará retida pela equipe de saúde para posterior auditoria.

O médico deverá preencher essa Declaração Médica Para Portadores de Comorbidades SOMENTE se o paciente tiver enquadrado nestas situações clínicas aqui previstas. Pacientes com qualquer outra comorbidade, diferente as previstas nessa declaração, precisarão aguardar novas orientações sobre a vacinação. É vedado o uso das vacinas destinadas nesta etapa para vacinar pacientes com comorbidades não previstas aqui.

Eu, Dr(a). _____, médico, com registro válido no CRM-SP nº: _____, declaro que _____, RG: _____ e CPF: _____ é portador de pelo menos uma das comorbidades previstas na 5ª Ed. do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 que estou apontando nesta declaração, e autorizo que ele receba a vacina contra a COVID-19.

O médico deve apontar com “X” se o paciente tem ou não tem a comorbidade e, para segurança do médico e do paciente, **todos os grupos de comorbidades deverão ser preenchidos, marcando “X” na opção “Sim” ou “Não”, não sendo permitido rasuras:**

Grupo de comorbidade	Descrição	Tem?
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes	()sim; ()Não
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).	()sim; ()Não
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR= Quando a 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 ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti- hipertensivos	()sim; ()Não
Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade	()sim; ()Não
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	()sim; ()Não
Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association	()sim; ()Não
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária	()sim; ()Não
Cardiopatias hipertensiva	Cardiopatias hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)	()sim; ()Não
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)	()sim; ()Não
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, e outras)	()sim; ()Não
Miocardopatias e Pericardiopatias	Miocardopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática	()sim; ()Não
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos	()sim; ()Não
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)	()sim; ()Não
Cardiopatias congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.	()sim; ()Não
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressinronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)	()sim; ()Não
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular	()sim; ()Não

Grupo de comorbidade	Descrição	Tem?
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e/ou síndrome nefrótica.	()sim; ()Não
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV e CD4 <350 células/mm ³ ; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossuppressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.	()sim; ()Não
Anemia falciforme	Anemia falciforme	()sim; ()Não
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40	()sim; ()Não
Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21	()sim; ()Não
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C	()sim; ()Não

Dados obrigatórios para auditoria das fichas: Local onde o paciente recebe o tratamento da comorbidade:

() Convênio, qual? _____ () Clínica ou consultório particular, nome? _____

Endereço: _____

telefone: _____ e-mail: _____

Se paciente do SUS: ()UBS/ESF qual? _____; Número do prontuário: _____

Autorização do paciente e/ou responsável legal para divulgação dos dados clínicos:

Eu, _____ autorizo que o médico preencha essa declaração que tem o diagnóstico da minha comorbidade. Entendo que essa declaração serve apenas para justificar o acesso à vacinação contra a COVID 19 e não pode ser utilizada para outras finalidades. Essa declaração ficará arquivada para fins de auditoria e será descartada assim que não tiver mais utilidade.

Assinatura do paciente

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do médico que preencheu e é responsável pela veracidade das informações médicas apontadas nessa declaração:

Local e data:

_____,
____/____/____

ATENÇÃO#

IMPRIMIR tudo na mesma folha (frente e verso)

POR FAVOR, ORIENTE O PACIENTE A LEVAR ESSA DECLARAÇÃO NO DIA DA VACINAÇÃO, POIS SEM ELA A EQUIPE DE SAÚDE NÃO VAI PODER VACINÁ-LO.