



## FORMULÁRIO

DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO  
DA VACINA COVID-19MUNICÍPIO DE QUATRO  
PONTES

SECRETARIA DE SAÚDE

ESTE DOCUMENTO PERTENCE AO SETOR DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELA IMUNIZAÇÃO  
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

Tel.: (     )

NOME DA MÃE:

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

CPF:

RG:

GRUPO PRIORITÁRIO PARA VACINAÇÃO – COMORBIDADES  
FASE I DA CAMPANHA DE COMORBIDADES

GRUPO POPULACIONAL	FAIXA ETÁRIA	CRITÉRIOS	OBSERVAÇÕES CLÍNICAS/ CID
Síndrome de Down	<b>INDEPENDENTE DA IDADE</b>	Declaração de Profissional de saúde de Trissomia do cromossomo 21;	
Doença renal crônica em diálise		Cadastrado e em tratamento Hemodiálise/ diálise peritoneal	
Gestante /puérpera com Comorbidade		Com Declaração Médica	
Deficiência Permanente	<b>55 A 59 ANOS</b>	Cadastradas no PBPC <sup>1</sup> e constante no cadastro da Secretaria de Assistência Social, outro documento comprobatório ( <b>DECLARAÇÃO MÉDICA</b> );	
Diabetes Mellitus	<b>55 A 59 ANOS</b>	Qualquer indivíduo com diabetes. <b>Declaração médica com o respectivo diagnóstico</b> ;	
Pneumopatia Crônica Grave	<b>55 A 59 ANOS</b>	Indivíduos com pneumopatias 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).	
Hipertensão Arterial Resistente	<b>55 A 59 ANOS</b>	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.	
Hipertensão Arterial Estágio 3	<b>55 A 59 ANOS</b>	PA 180X110 independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou Comorbidade.	
HAS estágios 1/2 com lesão/Comorbidade	<b>55 A 59 ANOS</b>	PA entre 140X90 e 179X109 na presença de lesão em órgão-alvo e/ou Comorbidade.	
Insuficiência cardíaca (IC)	<b>55 A 59 ANOS</b>	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional.	
Cor-Pulmonale e Hipertensão Pulmonar	<b>55 A 59 ANOS</b>	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.	
Cardiopatia Hipertensiva	<b>55 A 59 ANOS</b>	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo).	
Síndromes Coronarianas	<b>55 A 59 ANOS</b>	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo	

			do Miocárdio, outras).	
	Valvopatias	<b>55 A 59 ANOS</b>	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)	
	Miocardiopatias e Pericardiopatias	<b>55 A 59 ANOS</b>	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática	
	Doenças da Aorta, Grandes Vasos e Fístulas	<b>55 A 59 ANOS</b>	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos	
	Arritmias cardíacas	<b>55 A 59 ANOS</b>	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).	
	Cardiopatias congênita	<b>55 A 59 ANOS</b>	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.	
	Próteses Valvares e Dispositivos Cardíacos	<b>55 A 59 ANOS</b>	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressyncronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).	
	Doença Cerebrovascular		Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular	
	Doença Renal Crônica	<b>55 A 59 ANOS</b>	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) e/ou síndrome nefrótica.	
	Imunossupressão	<b>55 A 59 ANOS</b>	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; HIV; 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; em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.	
	ANEMIA FALCIFORME	<b>55 A 59 ANOS</b>	Doença falciforme e talassemia maior.	
	Obesidade mórbida	<b>55 A 59 ANOS</b>	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40.	
	Cirrose hepática	<b>55 A 59 ANOS</b>	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.	

<sup>1</sup> Programa Benefício de Prestação Continuada.

Na presente data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ declaro estar ciente dos benefícios e efeitos colaterais, que meu paciente pode apresentar por esta vacina. Afirmando ainda, ser de minha responsabilidade as informações clínicas por este documento prestadas, e que no âmbito da Lei do Código de Ética Médico, ciente que a emissão de Declaração falsa me sujeita sanções cíveis, penais, éticas e criminais.

Assinatura e carimbo do (a) Profissional

Assinatura do(a) Paciente

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Eu, Enf<sup>a</sup>/Téc de Enf \_\_\_\_\_, COREN \_\_\_\_\_ declaro que recebi o presente termo, esclarecendo dúvidas ao paciente.

Assinatura do (a) Profissional