



### DECLARAÇÃO DE COMORBIDADE

#### Dados do(a) paciente

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

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/Clinica/Hospital/entre outros): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo  
Médico