



**Prefeitura Municipal de Itabira
Secretaria Municipal de Saúde**

**FORMULÁRIO PADRÃO PARA INDICAÇÃO DE VACINA COVID-19
(RELATÓRIO MÉDICO)**

Nome do paciente: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____ idade: _____

**COMORBIDADES PRIORITÁRIAS PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19
Conforme Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID19, 7º
EDIÇÃO (Versão 2) de 17/05/2021**

- Assinale a comorbidade, conforme acompanhamento médico;
- No final do formulário, datar, assinar e carimbar (carimbo com nome e número do registro CRM);
- Este formulário também pode ser utilizado para versões eletrônicas com assinatura digital.

() **SÍNDROME DE DOWN**- acima de 18 anos

() **DIABETES MELLITUS** - Qualquer indivíduo com diabetes.

() **DOENÇA RENAL CRÔNICA** - Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m²) e/ou síndrome nefrótica.

() **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).

() **HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE (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 antihipertensivos.

() **HIPERTENSÃO ARTERIAL ESTÁGIO 3** - PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.

() **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.

() **DOENÇAS CARDIOVASCULARES:** insuficiência cardíaca (IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios b, c ou d, independente de classe funcional da *New York Heart Association*), cor pulmonale, hipertensão pulmonar, cardiopatia hipertensiva, angina estável, cardiopatia isquêmica, IAM prévio, lesão valvar com repercussão hemodinâmica, portadores de prótese valvares,

miocardiopatias, pericardiopatias, cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, fibrilação flutter atrial, aneurismas e dissecações de aorta e grandes vasos, AVC, AIT, demência vascular.)

() **IMUNOSSUPRIMIDOS**- Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com 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; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.

() **HEMOGLOBINOPATIAS GRAVES**- Doença falciforme e talassemia maior.

() **CIRROSE HEPÁTICA** - Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.

() **OBESIDADE MÓRBIDA** IMC \geq 40 Peso= _____ Altura= _____

() **DEFICIÊNCIA PERMANENTE**. Especifique o tipo _____

Está inscrito no Programa de Benefício de Prestação Continuada (BPC)? () Sim () Não

() **DOENÇAS NEUROLÓGICAS GRAVES**: Paralisia cerebral, distrofia muscular, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Esclerose múltipla, Poliomielite e outras.

Itabira, _____ / _____ / _____.

Assinatura e carimbo