



MUNICÍPIO DE Balsa Nova
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO COVID-19 (05-11 ANOS)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
NOME:		CPF:	
NOME DA MÃE:		Idade:	
ENDEREÇO:			N.º:
BAIRRO:		CIDADE:	
Telefone:		CARTÃO SUS:	

COMORBIDADES PRIORITÁRIAS PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

()	DIABETES MELLITUS	Qualquer indivíduo com diabetes.
()	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 corticóides 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 anti-hipertensivos.
()	HIPERTENSÃO ARTERIAL ESTÁGIO 3 - PA	sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.



MUNICÍPIO DE Balsa Nova
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

()	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.
()	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.
()	COR-PULMONALE E HIPERTENSÃO PULMONAR	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.
()	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	Cardiopatía hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo).
()	SÍNDROMES CORONARIANAS	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatía isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras).
()	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).
()	MIOCARDIOPATIAS E PERICARDIOPATIAS	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatía reumática.
()	DOENÇAS DA AORTA, DOS GRANDES VASOS E FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.
()	ARRITMIAS CARDÍACAS	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatía associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).
()	CARDIOPATIAS CONGÊNITA	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.



MUNICÍPIO DE Balsa Nova
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

()	PRÓTESES VALVARES E DISPOSITIVOS CARDÍACOS IMPLANTADOS	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).
()	DOENÇA CEREBROVASCULAR	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular.
()	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.
()	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. CITAR MEDICAMENTOS EM USO
()	HEMOGLOBINOPATIAS GRAVES	Doença falciforme e talassemia maior.
()	OBESIDADE MÓRBIDA	Obesidade acima do percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios.
()	SÍNDROME DE DOWN	Trissomia do cromossomo 21.
()	CIRROSE HEPÁTICA	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C
()	GESTANTE	Idade gestacional: _____
()	PUÉRPERA (até 45 dias após o parto)	Data do parto: / /

Medicações em uso:



MUNICÍPIO DE Balsa NOVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaro estar ciente de que em razão da condição acima atestada por mim o paciente está apto a receber a vacina contra a COVID-19, dado seu enquadramento no Grupo Prioritário “Pessoas com comorbidades” do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, e assumo total responsabilidade pelas informações ora prestados, ficando sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal em caso de falsidade. Por ser expressão da verdade, firmo o presente:

Balsa Nova, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do médico e carimbo