



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHANDU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Declaro que o(a) sr(a) _____
Inscrito no CPF/CNS nº _____, é portador da patologia e/ou condição de saúde abaixo assinalada/descrita:

- () DIABETES MELLITUS
- () PNEUMOPATIAS CRÔNICAS GRAVES. Circule qual delas se aplica: DPOC, fibrose cística, fibrose pulmonar, displasia broncopulmonar, asma grave, outra: _____
- () HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE (HAR)
- () HIPERTENSÃO ARTERIAL ESTÁGIO 3
- () HIPERTENSÃO ARTERIAL ESTÁGIOS 1 E 2 COM LESÃO EM ÓRGÃO ALVO E/OU COMORBIDADE
- () OBESIDADE MÓRBIDA $IMC \geq 40$
- () CIRROSE HEPÁTICA (Child Pugh A, B ou C)
- () DOENÇA RENAL CRÔNICA (TFG <60 e ou Sd. Nefrótica)
- () PESSOA PORTADORA DE HIV (independente de valores de carga Viral e linfócitos CD4)
- () IMUNOSSUPRESSÃO. Circule qual delas se aplica: Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; 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. Outro: _____
- () DOENÇAS CARDIOVASCULARES. Circule qual delas se aplica: Insuficiência cardíaca, Cor pulmonale, Hipertensão pulmonar, Cardiopatia hipertensiva, Angina estável, Cardiopatia isquêmica, IAM prévio, Lesão valvar com repercussão hemodinâmica, Portadores de próteses valvares, Portadores de dispositivos cardíacos, Miocardiopatias, Pericardiopatias, cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, Arritmia cardíaca com importância clínica, Aneurismas e Dissecções de aorta e grandes vasos. Outra: _____
- () DOENÇA CEREBROVASCULAR. Circule qual delas se aplica: AVC isquêmico ou hemorrágico, AIT, demência vascular. Outra: _____
- () Outra doença não descrita anteriormente e contemplada no PNO: _____

_____, ___/___/2021

Nome Completo do Médico/ CRM
Carimbo

* Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, 6ª edição, versão 2, 2021.