SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIOERÊ

ATESTADO DE COMPROVAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Declaro que o(a) Sr(a)_____

CPF:_____ e Cartão SUS: _____é portador de condição prioritária para vacinação contra a Covid-19 assinalada a seguir, conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, 5º edição, do Ministério da Saúde (CGPNI/DVIT/SVS/MS, 15/03/2021)

MOTIVO DA INDICAÇÃO GERIAIS		
☐	Doença Respiratória Crônica	Pessoas com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutivas crônica (DPOC), fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonares e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, intenção prévia por crise asmática).
☐	Doença Renal Crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular <60 ml/min/1,73m² e/ou síndrome nefrótica.
☐	Doença Hepática Crônica	Cirrose Hepática Child-Pugh A,B ou C
☐	Doença Neurológica Crônica	Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque transitório; demencia vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória, indiviuos com paralisia cerebral, esclerose múltipla, e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurologica grave.
☐	Diabetes	Diabetes.
☐	Obesos	Obsesos grau III - Índice de massa corpórea (IMC) ≥40.
☐	Transplantados	Órgãos sólidos ou de células tronco e hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras.
☐	Imunossupressão	Pessoas vivendo com HIV com CD4<200 céls/mm³; Doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, autoinflamatórias, doenças instestinais inflamatórias); uso de dose de prednisona ou equivalente > 20 mg/dia por > 14 dias ; Demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias graves; Pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; Neoplasias hematológicas. Uso de drogas modificadoras da resposta imune. (conforme tabela 1)
☐	Portadores de Trissomias	Síndrome de Down.
☐	Doença Falciforme e Talassemia maior	SIM.
☐	Doença Cardíaca Crônica	Hipertensão Arterial Resistente (HAR); Hipertensão Arterial 3; Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade; Insuficiência cardíaca (IC); Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar; Cardiopatia hipertensiva; Síndromes coronarianas; Valvopatias; Miocardiopatias e pericardiopatias; Doenças da aorta, dos grandes vasos e fístulas; Arteriovenosas; Arritmias cardíacas.

Texto Clínico:

Declaro Também que o paciente acima citado está sob meus cuidados médicos e acompanhamento, e faz uso das seguintes medicações de uso contínuo: _____

_____

_____

"Declaro estar ciente da responsabilidade crimininal de eventual falsidade quanto ao conteúdo deste documento*".

Local:_____

Data _____/_____/_____ _____

Carimbo e Assinatura do Médico Especialista

**Código Penal:Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsaou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis acinco contos de réis, se o documento é particular. (Vide Lei nº 7.209, de 1984)*

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é deassentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIOERÊ

ATESTADO DE COMPROVAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Declaro que o(a) Sr(a)_____

CPF:_____ e Cartão SUS: _____é portador de condição prioritária para vacinação contra a Covid-19 assinalada a seguir, conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, 5º edição, do Ministério da Saúde (CGPNI/DVIT/SVS/MS, 15/03/2021)

	MOTIVO DA INDICAÇÃO CARDÍACA	
☐	Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	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 sistótica ≥180mmHg e/ou diastólicas ≥ 110mmHg 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 sistótica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólicas entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade. (**Anexar laudo do especialista e/ou exame de comprovação de lesão em órgão-alvo**).
☐	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	Cardiopatia Hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvos).
☐	Síndromes Coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras).
☐	Valvopatias	Lesões valvares com repercusão 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 qualquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia 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 cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).
☐	Cardiopatias Congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
☐	Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicos ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).

Texto Clínico:

_____

Declaro Também que o paciente acima citado está sob meus cuidados médicos e acompanhamento, e faz uso das seguinstes medicações de uso contínuo: _____

_____

_____

"Declaro estar ciente da responsabilidade crimininal de eventual falsidade quanto ao conteúdo deste documento*".

Local: _____

Data _____/_____/_____ _____

Carimbo e Assinatura do Médico Especialista

**Código Penal:Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsaou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis acinco contos de réis, se o documento é particular. (Vide Lei nº 7.209, de 1984)*

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é deassentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Tabela 1: Tabela de drogas modificadoras da resposta imune e doses consideradas imunossupresoras
Metotrexato
Leflunomida
Micofenolato de mofetila
Azatiprina
Ciclofosfamida
Ciclosporina
Tacrolimus
6- mercaptopurina
Biológicos em geral (infliximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, canakinumabe, golinumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe)
Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)