

COMPROVANTE DE COMORBIDADE

Considerando a lista de comorbidades incluídas nos grupos prioritários da vacinação contra a COVID-19 e suas descrições (tabela abaixo), presente no plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 do Rio Grande do Sul.

RUBRICA	CONDIÇÕES DE SAÚDE	DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO
	Diabetes Mellitus (DM)	Diagnóstico de Diabetes Mellitus
	Pneumopatia crônica grave	DPOC, Fibrose cística, fibrose pulmonar, pneumoconioses, displasia broncopulmonar ou asma grave (uso recorrente de corticóide sistêmico ou hospitalização por asma)
	HAS resistente	HAS não controlada com uso de 3 ou mais anti-hipertensivos em doses máximas ou HAS controlada com o uso de 4 classes de anti-hipertensivos
	HAS estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg
	HAS com lesão em órgão alvo	HAS com lesão em órgão alvo (coração, retina, rim, encéfalo, vasos)
	HAS associada a comorbidade	HAS em indivíduo com obesidade, cardiopatia hipertensiva (hipertrofica ou dilatada), apneia obstrutiva do sono, hiperlipidemia ou outra
	Insuficiência cardíaca (IC)	IC estágios B, C ou D
	<i>Cor pulmonale</i> e Hipertensão pulmonar (HAP)	Diagnóstico de <i>cor pulmonale</i> crônico e HAP primária ou secundária
	Doença Arterial Coronariana (DAC)	Diagnóstico de DAC sem ou com complicações (Ex: IAM)
	Valvulopatias cardíacas	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica, miocárdica ou com sintomas
	Prótese valvar	Portador de prótese valvar biológica ou mecânica
	Miocardopatias e Pericardiopatias	Miocardopatia de qualquer etiologia, Pericardite crônica, Cardiopatia reumática
	Doenças de Grandes vasos e fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções ou Hematomas de Aorta ou demais grandes vasos
	Arritmias Cardíacas	Arritmia com relevância clínica (que exija tratamento) ou associada a cardiopatia
	Cardiopatia Congênita no adulto	Cardiopatia congênita associada a: repercussão hemodinâmica, hipoxemia, IC, arritmia ou comprometimento miocárdico
	Doença Cerebrovascular	AVE ou AIT prévio, Demência vascular
	Doença Renal Crônica (DRC)	DRC estágio 3 ou 4 (TGF < 60 ml/min/1,73m ²) e/ou Sínd. Nefrótica
	Imunossupressão	Transplantados em uso de imunossupressor, pessoas vivendo com HIV, imunodeficiências primárias, necessidade de uso crônico de corticoide em dose de Prednisona > 10 mg/dia (ou equivalente), pulsoterapia com corticoide ou ciclofosfamida
	Câncer	Pacientes oncológicos com tratamento quimio ou radioterápicos atual ou nos últimos 6 meses ou portadores de neoplasias hematológicas
	Anemia falciforme	Diagnóstico de anemia falciforme
	Obesidade grau 3	Índice de Massa Corporal ≥ 40 kg/m ²
	Cirrose Hepática	Diagnóstico de cirrose hepática em qualquer estágio
	Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21
	Gestação ou Puerpério com comorbidades	Gestantes e mulheres em período de até 45 dias após o parto portadoras de comorbidades listadas nesta tabela

Preenchimento Médico

Atesto para fins de comprovação da necessidade de vacinação e por solicitação do(a) interessado(a), que o(a) Sr(a)é portador(a) da(s) condição(ões) de saúde por mim rubricadas.

Preenchimento por Enfermeiro da Atenção Primária a Saúde ou equipe de saúde assistente

Informo que no prontuário do pacientehá descrição da(s) comorbidade(s) por mim rubricada(s).

Assinatura do Médico/Enfermeiro com carimbo

Lajeado, ____ de _____ de 2021.