



Formulário de Atendimento aos Critérios de Comorbidades para crianças de 05 a 11 anos - Vacinação contra a COVID-19

Médico:	CRM:	Local de atuação:
---------	------	-------------------

Nome do paciente:	Idade:	
Data de nascimento: / /	CPF:	CNS:
Endereço:	nº:	
Bairro:	Telefone:	

Declaro, para os devidos fins, que paciente apresenta pelo menos um dos critérios clínicos abaixo descritos:

<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus (qualquer indivíduo com diabetes)
<input type="checkbox"/>	Pneumopatias crônicas graves Doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos ou internação prévia por crise asmática ou uso de doses altas de corticoide inalatório e de um segundo medicamento de controle, no ano anterior)
<input type="checkbox"/>	Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial resistente (HAR): quando a PA permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diversas 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;
<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial estágio 3: PA sistólica \geq 180mmHg e/ou diastólica \geq 110 mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA)
<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo: PA sistólica entre 140 e 179 mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg na presença de lesão em órgão alvo
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar: Cor – pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária
<input type="checkbox"/>	Cardiopatias hipertensivas: hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos alvo.
<input type="checkbox"/>	Síndromes coronarianas crônicas: Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)
<input type="checkbox"/>	Valvulopatias: Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência: aórtica, mitral, pulmonar, tricúspide, e outras)
<input type="checkbox"/>	Miocardiopatias e Pericardiopatias: miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos, pericardite crônica, cardiopatia reumática
<input type="checkbox"/>	Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas: aneurismas, dissecações, hematomas da aorta e demais grandes vasos
<input type="checkbox"/>	Arritmias Cardíacas: Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais, e outras)
<input type="checkbox"/>	Cardiopatias Congênitas: cardiopatia congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas, insuficiência cardíaca, arritmias, comprometimento miocárdico
<input type="checkbox"/>	Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados: portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas e dispositivos cardíacos implantados (marco passos, cardio desfibriladores, resincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)
<input type="checkbox"/>	Doenças Neurológicas Crônicas: doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório, demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória; indivíduos com paralisia cerebral; esclerose múltipla e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.



<input type="checkbox"/>	Doença Renal Crônica: Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/mim/1,73 m ²) e/ou síndrome nefrótica.
<input type="checkbox"/>	Imunocomprometidos: Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV; doenças inflamatórias imunomediadas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
<input type="checkbox"/>	Hemoglobinopatias graves: doença falciforme e talassemia maior
<input type="checkbox"/>	Obesidade mórbida: Índice de massa corpórea (IMC ≥ 40)
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21)
<input type="checkbox"/>	Cirrose Hepática Child-Pugh A, B ou C

Fonte: PNO 11ª Edição

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, e se enquadra nas comorbidades prioritárias para vacinação contra COVID-19 - PNO, e assumo total responsabilidade pelas informações ora prestadas, ficando sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal em caso de falsidade. Por ser expressão da verdade, firmo o presente:

Arapongas, _____ de _____ de 2022.

Assinatura e carimbo do médico responsável