



Prefeitura Municipal de Jacarezinho

Declaração Médica de Condições Prioritárias para vacinação para o COVID-19

Declaro que o(a) Sr. (a) _____, CPF: _____ 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, 5ª edição, do Ministério da Saúde (CGPNI/DEVIT/SVS/MS, 15/03/2021).

	Comorbidade prioritária	Descrição	CID-10
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes	E. 10-14
<input type="checkbox"/>	Pneumopatia crônica grave	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática)	J. 40-44 J. 63 P27 J 45
<input type="checkbox"/>	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	I.10 - 15
<input type="checkbox"/>	Hipertensão Arterial estágio 3	- PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.	I. 10 - 15
<input type="checkbox"/>	Hipertensão Arterial estágio 1 e 2 com LOA e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA) e/ou comorbidade	I. 10 - 15
<input type="checkbox"/>	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	I.20 -28
<input type="checkbox"/>	Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária	I.20 -28
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía hipertensiva	Cardiopatía hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)	I.20 -28
<input type="checkbox"/>	Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatía isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)	I.20 -28
<input type="checkbox"/>	Valvopatías	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)	I.34 - 50
<input type="checkbox"/>	Miocardiopatías e Pericardiopatías	Miocardiopatías de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatía reumática	I.34 - 50
<input type="checkbox"/>	Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	- Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos	I.34 - 50
<input type="checkbox"/>	Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatía associada (fibrilação e flutter atriais; e outras) - flutter atriais; e outras)	I.34 - 50
<input type="checkbox"/>	Cardiopatías congênicas no adulto	Cardiopatías congênicas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico	I.34 - 50

<input type="checkbox"/>	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)	Z.95
<input type="checkbox"/>	Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular	G.45 I.60-69 F01 J 45
<input type="checkbox"/>	Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e síndrome nefrótica	N.18
<input type="checkbox"/>	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; síndrome de Cushing, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Chron, imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos, demais indivíduos em uso de imunossuppressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas	Z.94 B.20-24 M.32 E.24 C.00 97
<input type="checkbox"/>	Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior	D.57
<input type="checkbox"/>	Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40	E 66.8
<input type="checkbox"/>	Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21	Q.90
<input type="checkbox"/>	Gestantes e Puérperas	Mulheres gestantes em qualquer idade gestacional entre 18 e 59 anos de idade	Z.34-35 Z.39
<input type="checkbox"/>	Cirrose hepática	Cirrose hepática Child – Pugh A, B ou C	K.74
<input type="checkbox"/>	Pessoas com deficiência permanente	Pessoas com deficiência permanente (18 a 59 anos)	

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

Cópia em Anexo dos Exames Complementares.

Declaro para fins de direito e sob as penas da lei que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas. Estou ciente que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal brasileiro e passível de apuração na forma da lei, além de configurar infração ética prevista no Código de Ética Médica.

Jacarezinho, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Médico/CRM (carimbo)

Eu _____, autorizo registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso nesta declaração.