



ATESTADO MÉDICO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Atesto, a pedido da parte interessada, que o(a) paciente _____

tem indicação de vacinação contra Covid-19* por ser portador(a) da comorbidade abaixo descrita:

- Diabetes mellitus;
- Pneumopatias crônicas graves (DPOC, fibrose cística e pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave [uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática]);
- Hipertensão Arterial Resistente (acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos);
- Hipertensão Arterial estágio 3 / Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão alvo e/ou comorbidade (PAS \geq 180 e/ou PAD \geq 110 / PAS entre 140 e 179 e/ou PAD entre 90 e 109 com lesão de órgão alvo ou comorbidade);
- Obesidade grau 3 (IMC \geq 40 kg/m²);
- Síndrome de Down;
- Cirrose hepática (Child Pugh A, B ou C);
- Anemia falciforme;
- Doença renal crônica (TFG < 60 e/ou síndrome nefrótica);
- Pessoa portadora de HIV (independente de valores de carga viral e linfócitos CD4);
- Imunossuprimidos (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; pessoas portadoras de neoplasias hematológicas);
- Doenças Cardiovasculares (insuficiência cardíaca, cor pulmonale, hipertensão pulmonar, cardiopatia hipertensiva, angina estável, cardiopatia isquêmica, IAM prévio, lesão valvar com repercussão hemodinâmica, portadores de próteses valvares, miocardiopatias, pericardiopatias, cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, fibrilação, flutter atrial, aneurismas e dissecções de aorta e grandes vasos, AVC, AIT, demência vascular);
- Deficiência física permanente (limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas / indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo / indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos / indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc).

Pitangueiras-SP, _____ / _____ / _____.

Assinatura e Carimbo com CRM do(a) médico(a).