

ATESTADO MÉDICO AUTORIZANDO A VACINAÇÃO CONTRA COVID19

Eu _____, médico, CRM _____, atuando no(a) _____, atesto que o Sr(a) _____, CPF _____, é portador das comorbidades assinaladas abaixo (preencher todos os itens marcando sim ou não):

1) Diabetes Mellitus () Não () Sim Tipo: _____ Medicamentos em uso: _____

2) Pneumopatia crônica grave: (doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática): () Não () Sim

Qual? _____ Data de internação no último ano: _____

Data de último uso de corticoides sistêmicos: _____ Qual e dose: _____

Medicamentos em uso: _____

3) Hipertensão arterial Resistente: (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)

() Não () Sim Medicamentos em uso: _____

4) Hipertensão arterial estágio 3: (PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo ou comorbidade) () Não () Sim

Medicamentos em uso: _____

5) Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com comorbidade e/ou lesão em órgão-alvo: (PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg, na presença de comorbidade e/ou lesão em órgão-alvo). () Não () Sim

Medicamentos em uso: _____

6) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional. () Não () Sim

Medicamentos em uso: _____

7) Cor-pulmonale crônico e Hipertensão pulmonar primária ou secundária () Não () Sim

Medicamentos em uso: _____

8) Cardiopatia hipertensiva - Hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo. () Não () Sim

Medicamentos em uso: _____

9) Síndromes coronarianas crônicas - Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, angioplastia, RVM. () Não () Sim Medicamentos em uso: _____

10) Valvopatias - 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)

() Não () Sim Medicamentos em uso: _____

11) Miocardiopatias e Pericardiopatias - Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos;

pericardite crônica; cardiopatia reumática: () Não () Sim

Medicações em uso: _____

12) Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas - Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos: () Não () Sim

Medicações em uso: _____

13) Arritmias cardíacas – Arritmias com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras) () Não () Sim Medicações em uso: _____

14) Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica - cardiopatias com crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico. () Não () Sim

Medicações em uso: _____

15) Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados - Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, resincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)

() Não () Sim Medicações em uso: _____

16) Doença cerebrovascular - Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; a taque isquêmico transitório; demência vascular: () Não () Sim

Medicações em uso: _____

17) Renal crônica – insuficiência renal em estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m², pacientes em diálise) e/ou síndrome nefrótica. () Não () Sim

Medicações em uso: _____

18) 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; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.

() Não () Sim. Medicações em uso: _____

19) Anemia falciforme: () Não () Sim. Medicações em uso: _____

20) Obesidade mórbida - Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 () Não () Sim

Medicações em uso: _____

21) Síndrome de Down - Trissomia do cromossomo 21 () Não () Sim

Medicações em uso: _____

22) Cirrose hepática - Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C: () Não () Sim

Medicações em uso: _____

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, dado seu enquadramento no Grupo Prioritário “Pessoas com comorbidades” do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, e assumo total responsabilidade pelas informações ora prestados, ficando sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal em caso de falsidade. E encaminho exames complementares em anexo. Por ser expressão da verdade, firmo o presente:

Conselheiro Marínck-PR, _____ de _____ de 2021