



Declaração de Morbidade para Vacinação Contra COVID-19

Eu, _____,

portador do CPF _____, com data de

nascimento ____/____/____, com endereço: _____

telefone _____.

Declaro que apresento as seguintes condições de saúde a seguir e estou no grupo prioritário de vacinação contra COVID-19 definido pelo Ministério da Saúde, sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente que as informações podem ser conferidas a qualquer tempo pelos órgãos competentes.



Comorbidades

COMORBIDADES	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
Diabetes mellitus	Diagnóstico (receita válida dos últimos 3anos, hemoglobina glicada (valor $\geq 6,5$), glicemia jejum (valor ≥ 126), TTG= >200). Medicamentos que podem constar na receita: Metformina (Glifage), Insulina, Glibenclamida, vide lista.
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Receita válida por até 3 anos (Formoterol, Salmeterol, Budesonida, Foraseq).
Asma grave <u>COM</u> uso de medicamento contínuo <u>E</u> corticóide via oral recorrente. OU História de internação (permanência no hospital devido a asma) OU Necessidade de UTI devido a asma – laudo de espirometria em anexo.	Atestado médico constando ser portador de asma grave (CID J45), Espirometria com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave, Receitas de medicamentos comprovando uso de corticoide (ex: Beclometasona, Fluticasona, Budesonida). Comprovante de história de internação (permanência no hospital devido a asma OU necessidade de UTI devido a asma).
Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade).	Espirometria apresenta laudo com padrão restritivo.
Hipertensão Arterial <u>E</u> utiliza 3 ou mais medicamentos para controle da pressão (hipertensão resistente) OU Hipertensão estágio 3 OU Hipertensão com lesão em órgão alvo OU Hipertensão associada com comorbidade (obesidade, cardiopatia hipertensiva, apneia obstrutiva do sono, hiperlipidemia)	Captopril, Enalapril, Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Anlodipino, Losartana Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona Vide lista de medicamentos Hiperlipidemia (valores): LDL (>130), colesterol total (>190), triglicérides (>150). Uso de estatinas. Sinvastatina. Rosovastatina. Apnéia do sono (exame)= polissonografia



Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos, doença de chagas)	Medicamentos do coração e/ou da pressão Captopril, Enalapril, Propranolol, Atenolol, Metroprolol, Anlodipino, Losartana, Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona, Furosemida (Lasix), Espironolactona. E Exame: Ecocardiograma; laudo médico.
Cardiopatias e utilizo medicamentos	Amiodarona, Espironolactona, Varfarin/Xarelto.
Valvopatias	Indicação de cirurgia ou já realizou cirurgia para trocar a válvula cardíaca. Exame: ecocardiograma
Transplante de órgão ou medula	Documento que comprove o transplante em qualquer momento – sem data de validade.
Vivo com HIV	Laudo (CID Z21), Antirretrovirais, exame.
Doença reumatológica ou do sistema imune e necessito de medicamento imunossupressor contínuo	Ciclofosfamida, Prednisona (mínimo de 10mg por dia) – receita dos últimos 6 meses. Atestado/Laudo médico.
Câncer E quimioterapia ou radioterapia nos últimos 6 meses (após outubro de 2020).	Laudo de diagnóstico ou marcação de quimioterapia ou radioterapia com data após outubro de 2020. Neoplasias hematológicas (leucemia, linfoma, mieloma múltiplo).
Doença renal crônica	Estágio grau 3, taxa de filtração glomerular (<60 ml/min) e/ou síndrome nefrótica.
Doença cerebrovascular – acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico.	Laudo ou documento – por exemplo, alta hospitalar - com descrição de AVC, AIT, Demência vascular. Laudo ou documento sem validade.
Obesidade mórbida com peso e altura conforme IMC superior a 40	Declaração de próprio punho anexa com peso e altura (a do site).



Cirrose hepática	Ecografia (US) com Laudo de provável cirrose OU Endoscopia com varizes esofágicas.
Infarto Agudo do Miocárdio, Angina Cardiopatia isquêmica E utilizo medicações de uso contínuo.	Medicamentos em uso: clopidogrel, varfarina, nitrato, isordil. Ou documento que comprove história prévia de infarto ou angina.
Fibrose cística	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Anemia falciforme	Documento que comprove a condição – sem data de validade.