

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.

		Sugestão de Documento comprobatório
	Diabetes mellitus e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Medicamentos que podem constar na receita: Metformina (Glifage) ou Insulina ou Glibenclamida
	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Formoterol OU Salmeterol Budesonida OU
	Asma grave com uso de medicamento contínuo E corticóide via oral recorrente (prednisona) OU história de internação (permanência no hospital devido a asma OU necessidade de UTI devido a asma) – conforme receitas ou espirometria em anexo.	Espirometria com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave OU Receitas de medicamentos comprovando uso de corticoide oral OU laudo médico
	Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade).	Espirometria apresenta laudo com padrão restritivo.
	Hipertensão Arterial e utilizo mais de três medicamentos para controle da pressão, conforme receita em anexo. Importante que a pessoa deve estar recebendo um medicamento de cada grupo (no mínimo 3 grupos) – em caso de dúvida converse com um profissional de saúde.	Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona
	Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos na receita em anexo.	Medicamentos do coração e/ou da pressão Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana

		Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona Grupo 6: Furosemida (Lasix), Espironolactona
	Cardiopatias e utilizo medicamentos presentes na lista apresentada conforme receita em anexo.	Amiodarona, Espironolactona, Varfarin/Xarelto
	Valvopatias ou recebi indicação de cirurgia ou já realizei cirurgia para trocar a valva cardíaca.	
	Realizei transplante de órgão ou medula conforme documento em anexo.	Documento que comprove o transplante em qualquer momento – sem data de validade.
	Vivo com HIV/Aids	Com Guia de Encaminhamento.
	Doença reumatológica ou do sistema imune e necessito de medicamento imunossupressor contínuo conforme receita em anexo.	Ciclofosfamida, Prednisona (mínimo de 10mg por dia) – receita dos últimos 6 meses.
	Tive câncer e realizei quimioterapia ou radioterapia nos últimos seis meses (após outubro de 2020).	Laudo de diagnóstico ou marcação de quimioterapia ou radio terapia com data após outubro de 2020.
	Doença renal crônica	
	Doença cerebrovascular – tive um acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico conforme laudos ou documentos em anexo.	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, preferencialmente trazer declaração de próprio punho anexa com peso e altura.	
	Cirrose hepática	Ecografia (US) com laudo de provável cirrose OU Endoscopia com varizes esofágicas.
	Infarto Agudo do Miocárdio ou possui angina e utilizo medicações de uso contínuo conforme receita em anexo.	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.
	Síndrome de Down	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
	Anemia falciforme	Documento que comprove a condição – sem data de validade.