



Prefeitura Municipal de Bandeirantes - Secretaria Municipal de Saúde
Formulário para Atestado Médico solicitando Vacinação contra COVID-19 – 3ª Edição



Eu _____ (nome completo do profissional), médico, CRM: _____, atuando no(a) _____ (nome do estabelecimento de saúde onde atua), localizado na _____ (endereço), atesto que o paciente: _____ (nome completo do paciente) com CPF: _____, é portador das comorbidades assinaladas abaixo (**preencher todos os itens marcando sim ou não**):

1 Diabetes Mellitus ()SIM ()NÃO Tipo: _____

Medicação em uso: _____

2 Pneumopatia Crônica Grave (doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticóides sistêmicos, internação prévia por crise asmática ou uso de doses altas de corticoide inalatório e de um segundo medicamento de controle no ano anterior): ()SIM ()NÃO Qual? _____

Data da última internação: _____ Data de último uso de corticoides sistêmicos _____

Qual: _____ Dose: _____

Medicação em uso: _____

3 Hipertensão Arterial Resistente: (pressão arterial – PA – permanece acima das metas recomendadas com uso de três (3) 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 (4) ou mais fármacos anti-hipertensivos): ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

4 Hipertensão Arterial estágio 3: (PA sistólica maior ou igual 180mmHg e/ou diastólica maior ou igual 110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo ou comorbidade): ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

5 Hipertensão Arterial estágios 1 e 2 com comorbidades 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): ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

6 Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

7 Cor-pulmonale crônico e Hipertensão pulmonar primária ou secundária: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

8 Cardiopatia Hipertensiva – hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo): ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

9 Síndromes coronarianas crônicas – Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós infarto agudo do miocárdio, angioplastia, RVM: ()SIM ()NÃO

Medicação 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): ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

11 Miocardiopatias e Pericardiopatias – Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

12 Doenças da Aorta, dos Grandes vasos e Fístulas arteriovenosas – Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

13 Arritmias cardíacas – Arritmias com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras):

()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

14 Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica – cardiopatias com crises hipoxemias; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico: ()SIM ()NÃO

Medicação 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): ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

16 Doenças Neurológicas Crônicas - Doença Cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular); Doenças Neurológicas que impactem na função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla, e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular, deficiência neurológica grave: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

17 Doença Renal Crônica – insuficiência renal em estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60ml/min/1,73m², pacientes em diálise) e/ou síndrome nefrótica: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

18 Imunossuprimidos – indivíduos pessoas vivendo com HIV; Doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10mg/dia ou recebendo pulso terapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; Demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; Pacientes oncológicos que realizarem tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; Neoplasias hematológicas: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

19 Doença falciforme e Talassemia Maior: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

20 Transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea;

Medicação em uso: _____

21 Obesidade mórbida: índice da massa corpórea (IMC) maior ou igual a 40: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

22 Cirrose hepática – cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C: ()SIM ()NÃO

Medicação em uso: _____

23 Gestante, Puérpera ou Lactante: ()SIM ()NÃO

24 Deficiência Permanente, aquela que tem impedimento de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial.

- Pessoas com limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas; - Pessoas com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo ou de enxergar mesmo com uso de óculos;

- Pessoas com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc. ()SIM ()NÃO

Declaro estar ciente de que em razão da condição acima atestada por mim, o paciente está apto a receber a vacina contra a COVID19, dado seu enquadramento no Grupo Prioritário “Pessoas com Comorbidades” do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID19, e assumo total responsabilidade pelas informações ora prestados, ficando sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal em caso de falsidade. Por ser expressão de verdade, firmo o presente:

(Carimbo e Assinatura do Profissional de Saúde vinculado ao SUS, ou Médico do SUS / Particular)

Bandeirantes, _____ de _____ de 2021.