

Declaro que _____, CPF _____ é portador de condição assinalada a seguir, conforme o Plano Nacional de Imunização.

GRUPO DE COMORBIDADES ELENCADAS A VACINAÇÃO – 18 ATÉ 59 ANOS

Diabetes		
Pacientes com DM, independente de ter outras patologias	E. 10-14	
Pneumopatias crônicas Graves		
DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), fibrose cística, asma grave, fibrose pulmonar	J.40-44	
Hipertensão arterial		
Hipertensão persistente com uso de 3 ou mais antihipertensivos de diferentes classes ou PA controlada em uso de 4 ou mais fármacos antihipertensivos.	I.11-15	
Hipertensão Arterial Estágio 3 (PA sistólica \geq 180 e/ou diastólica \geq 110), independente de lesão em órgãos alvo ou comorbidade	I.11-15	
HAS estágio 1 ou 2 com lesão em órgãos-alvo e/ou comorbidade	I.11-15	
Doença Cardiovascular		
Insuficiência Cardíaca	I. 20-28	
Co-pulmonale e Hipertensão Pulmonar	I. 20-28	
Cardiopatía Hipertensiva (Hipertrofia Ventricular Esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção sistólica/diastólica)	I. 20-28	
Síndromes Coronarianas (angina pectoris estável, cardiopatía esquêmica, pós infarto agudo do miocárdio)	I. 20-28	
Valvopatias: lesões valvares	i.34-50	
Uso de próteses valvares	i.34-50	
Miocardopatias e Pericardopatias; pericardite; doença da aorta; aneurismas	i.34-50	
Arritmias cardíacas	i.34-50	
Cardiopatias Congênitas	i.34-50	
Doença Cerebrovascular		
Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico	G. 45	
Ataque isquêmico ou Hemorrágico	I. 34-50	
Demência vascular	I. 60-69	
Doença Renal Crônica		
Estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular $<$ 60 ml/min/1,73m ²); Síndrome Nefrótica	N.18	
Imunossuprimidos		
Transplantados de órgãos sólidos e medula	Z.94 B.20-24 C.0097	
HIV		
Tratamento com drogas imunossupressoras		
Imunodeficiências primárias		
Pacientes oncológicos que realizam tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses		
Outras comorbidades		
Anemia Falciforme	D.57	
Obesidade mórbida (IMC $>$ ou $=$ 40)	E66.8	
Síndrome de Down	Q.90	
Cirrose Hepática	K.74	

Declaro que o paciente acima está sob meus cuidados médicos e acompanhamento. Declaro para fins de direito e sob as penas da lei que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas. Estou ciente que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal brasileiro e passível de apuração na forma da lei, além de configurar infração ética prevista no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019; capítulo X, artigos 80 e 81). Por ser verdade, dou fé.

Data: ____/____/____

Assinatura e CRM