 

**DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID – 19**

**Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ com endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ agente de saúde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Condição de Saúde** | **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 (válida receita dos últimos 3 anos). | Formoterol OU Salmenterol OU Budesonida |
| Asma grave com uso de medicamento contínuo E corticoide 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 comum profissional de saúde. | Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outrosGrupo 2: Propranolol, Atenolol, MetroprololGrupo 3: AnlodipinoGrupo 4: LosartanaGrupo 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, Metroprolol Grupo 3: AnlodipinoGrupo 4: LosartanaGrupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, ClortalidonaGrupo 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 | Qualquer documento comprobatório. |
| 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 | Qualquer documento comprobatório |
| 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 últimos6 meses |
| Tive câncer e realizei quimioterapia ou radioterapia nos últimos seis meses (após outubro de 2020). | Laudo de diagnóstico ou marcação de quimioterapia ou radioterapia com data após outubro de 2020 |
| Doença renal crônica | Qualquer documento comprobatório: Para pacientes em diálise qualquer comprovante ou agendamento da diálise. Apresentar exame com % da função renal conforme preconizado (em atualização). |
| 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 superiora 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 possuo 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. |
| Sou portador de deficiência e recebo o BPC (Benefício de Prestação Continuada) |  |