

NOTA INFORMATIVA PREFEITURA VACINA COVID

A Secretaria Municipal de Saúde de Tunas vem através desta nota informar os grupos prioritário de vacinação contra COVID – 19 definidos pelo Ministério da Saúde, onde no quadro abaixo será descrito o GRUPO DE COMORBIDADE e como saber se “você” – paciente – está incluso na SUGESTÃO DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIO.



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 (válido receita dos últimos 3 anos).	Formoterol OU Salmeterol OU Budesonida

<p>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.</p>	<p>Espirometria com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave / OU Receitas de medicamentos comprovando uso de corticoide oral / OU laudo médico</p>
<p>Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade)</p>	<p>Espirometria apresenta laudo com padrão restritivo</p>
<p>Hipertensão Arterial e <u>utilizo mais de três medicamentos</u> para controle da pressão, conforme receita em anexo. Importante que a pessoa deve estar recebendo um medicamento de cada grupo (<u>no mínimo 3 grupos</u>) – em caso de dúvida converse com um profissional de saúde.</p>	<p>Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metroprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona</p>
<p>Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos na receita em anexo.</p>	<p>Medicamentos do coração e/ou da pressão Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metroprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona Grupo 6: Furosemida (Lasix), Espironolactona</p>

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 munossupressor 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 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 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.
Sou portador de deficiência e recebo o BPC (Benefício de Prestação Continuada)	

Após esta análise caso você se enquadre nestas CONDIÇÕES DE SAÚDE poderá agendar na unidade de saúde uma consulta para avaliação médica, a fim de receber a receita e/ou atestado (trazer no momento da consulta: todas medicações em uso e / ou exames que comprovam a doença) conforme exige a Resolução vigente.

Em mão da declaração de condições de saúde devidamente preenchida e com receita e/ou exames comprovando pertencer ao grupo prioritário para receber a vacina COVID-19, você irá se dirigir à unidade de saúde para realizar um Pré- cadastro no SI-PNI com a enfermeira Janaina Zanon para agendamento da aplicação da dose da vacina. A mesma será liberada conforme idade e disponibilidade da vacina.

OBS: maiores informações ligar para SMS 51-3767-1094.

Cabe ressaltar que HIPERTENSOS neste momento terá direito a vacina quem utiliza 3 ou mais medicamentos para o controle da Pressão arterial e pertence no mínimo há 3 grupos de medicações que estão elencados NA TABELA ACIMA – SUGESTÕES DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS.