



COMPROVANTE DE COMORBIDADE PARA CRIANÇAS DE 5 A 11 ANOS

Considerando a lista de comorbidades incluídas nos grupos prioritários da vacinação contra a COVID-19 e suas descrições (tabela abaixo), presente no plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 do Rio Grande do Sul.

RUBRICA	CONDIÇÕES DE SAÚDE	DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO
	Obesidade	IMC ou Peso / Idade igual ou maior que percentil 97 ou escore Z igual ou maior que 3 desvios
	Pneumopatia crônica grave	Asma - medicamentos em uso: broncodilatador de longa ação (formoterol/salmeterol) + corticóide inalatório OU uso de corticóide sistêmico oral contínuo; História prévia de internação hospitalar/UTI (após os dois anos de idade); Displasia Broncopulmonar; DPOC; Fibrose cística; Fibroses pulmonares; Pneumoconioses; Displasia Broncopulmonar
	Imunossupressão	Doença Congênita / Genética / Autoimune; Neoplasias ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológica no momento atual (em tratamento); Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores; Portador de HIV; Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamento ou que justifiquem imunossupressão.
	Hemoglobinopatia grave	Doença Falciforme ou Talassemia Maior
	Doença cardiovascular	Doença cardiovascular e cardiopatias congênitas com consequências sistêmicas
	Doença neurológica crônica	Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular. Acidente Vascular Encefálico; Mielite Transversa; Paralisia cerebral com descrição de limitações.
	Diabete Mellitus	Diabete Mellitus (Tipo1) ; Crianças com condição insulino-dependente.
	Doença Renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60ml/min/1,73 m2) e/ou síndrome nefrótica
	Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21
	Cirrose Hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C

Declaração do Profissional da Saúde

Atesto para fins de comprovação da necessidade de vacinação e por solicitação do(a) interessado(a) que o(a) paciente _____ é portador(a) da(s) condição(ões) de saúde por mim rubricadas.

Assinatura e carimbo do profissional da saúde

Assinatura do responsável pelo paciente

Lajeado, __/__/__.