

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAJEADO
SECRETARIA DE SAÚDE

COMPROVANTE DE COMORBIDADE

Lista de comorbidades para vacinação contra a COVID-19 de adolescentes de 12 a 17 anos do Estado do Rio Grande do Sul:

RUBRICA	COMORBIDADE	DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO
	Obesidade	Acima do percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios.
	Pneumopatias Crônicas Graves	Asma - medicamentos em uso: broncodilatador de longa ação (formoterol/salmeterol) + corticoide inalatório OU Uso de corticoide sistêmico (oral) contínuo OU História prévia de internação hospitalar /UTI (após os dois anos de idade) OU Displasia Broncopulmonar.
	Imunossupressão	Doenças Congênita/ Rara/ Genética / Autoimune; doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores, crianças / adolescentes vivendo com 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; AVE; Mielite transversa; Paralisia cerebral com descrição de limitações; pacientes acamados. * As crianças com Transtorno do Espectro Autista, Hiperatividades, Histórico de convulsões entre outros, serão vacinadas em outro momento – EXCETO se houver comprometimento físico, com dificuldade de deglutição ou risco aumentado de aspiração de alimento para vias aéreas.
	Síndromes Genéticas	Síndrome de Down ou outras condições genéticas.
	Diabetes Mellitus	Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I (insulino - dependente)

Declaração 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, __ de _____ de 2021.