

ANEXO 2

Modelo de Prescrição Médica

Em ____/____/2021

Atesto para fins de vacinação contra COVID-19 que o(a) paciente

tem a(s) comorbidade(s) abaixo descrita:

- Diabetes mellitus
- Pneumopatias crônicas graves (DPOC, fibrose cística e pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática)
- Hipertensão Arterial sistêmica com uso de pelo menos um medicamento
- Obesidade mórbida IMC \geq 40
- Síndrome de Down
- Cirrose hepática (Child Pugh A, B ou C)
- Hemoglobinopatias graves (doença faciforme e talassemia maior)
- Doença renal crônica (TFG $<$ 60 e ou Sd. Nefrótica)
- Pessoa portadora de HIV (independente de valores de carga Viral e linfócitos CD4)
- Imunossuprimidos (Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente $>$ 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas);
- Doenças Cardiovasculares (Insuficiência cardíaca, Cor pulmonale, Hipertensão pulmonar, Cardiopatia hipertensiva, Angina estável, Cardiopatia isquêmica, IAM prévio, Lesão valvar com repercussão hemodinâmica, Portadores de próteses valvares, dispositivos cardíacos implantados, Miocardiopatias, Pericardiopatias, cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, Fibrilação, Flutter atrial, Aneurismas e Dissecções de aorta e grandes vasos.)
- Doenças Cerebrovasculares (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório e demência vascular) e doenças neurológicas crônicas que impactem a função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral e esclerose múltipla e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular, deficiência neurológica grave.
- Deficiência física permanente (Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas / Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo / Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos / Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.).

Nome Completo do Médico/ CRM - Carimbo

ANEXO 3

AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO DE MENOR

Eu, _____,
inscrito sob o CPF nº _____ e RG nº _____,
residente no endereço: _____,
telefone () _____ declaro estar ciente que neste momento o único
imunizante destinado a vacinação das pessoas de 12 a 17 anos é a vacina mRNA contra a
covid-19 Pfizer, a qual possui o intervalo entre as duas doses de 12 semanas, sendo
necessário tomar as duas doses para ser considerado o esquema vacinal completo,
sendo assim, autorizo a vacinação do(a) **menor sob minha responsabilidade**
_____ inscrito
no CPF (OU CARTÃO SUS) nº _____

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a covid-19.

Assis, _____ de 2021.

Assinatura do responsável do menor

deve estar igual ao documento de identificação

Observações:

- 1- Esta declaração deverá ser entregue junto com xerox do documento de identificação do responsável.
- 2- Esta declaração **não** será necessária caso o responsável esteja acompanhando o menor no momento da imunização.