



ANEXO 2

Modelo de Prescrição Médica

Em ___/___/ 2021.

ATESTADO MÉDICO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

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 falciforme 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, Miocardiopatias, Pericardiopatias, cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, Fibrilação, Flutter atrial, Aneurismas e Dissecções de aorta e grandes vasos, AVC, AIT, Demência vascular.)
- 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, comotrabalhar, ir à escola, brincar, etc.) – **OBS. Deve receber Benefício de Prestação Continuada.**

Nome Completo do Médico/ CRM
Carimbo