Formulário para Atestado Médico autorizando vacinação contra COVID

ATESTADO MÉDICO

Eu , médico, CRM , atuando no(a)

, localizado a ,

**, , , atesto que , CPF , é portador das comorbidades assinaladas abaixo** (preencher todos os ítens marcando sim ou não):

1. **Diabetes Mellitus ( )Não ( )Sim Tipo: Medicações em uso:**
2. **Pneumopatia crônica grave: (**doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática)**: ( ) Não ( ) Sim Qual? Data de internação no último ano: Data de último uso de corticoides sistêmicos: Qual e dose: Medicações em uso:**
3. **Hipertensão arterial Resistente:** (pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos) **( ) Não ( ) Sim Medicações em uso:**
4. **Hipertensão arterial estágio 3**: (PA sistólica ≥180mmHg e/ou diastólica ≥110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo ou comorbidade) **( ) Não ( ) Sim Medicações em uso:**
5. **Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com comorbidade e/ou lesão em órgão-alvo**: (PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg, na presença de comorbidade e/ou lesão em órgão-alvo). **( ) Não ( ) Sim**

Medicações em uso: 6 Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional. ( ) Não ( ) Sim

**Medicações em uso: 7 Cor-pulmonale crônico e Hipertensão pulmonar primária ou secundária( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: 8 Cardiopatia hipertensiva -** Hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)

( ) Não ( ) Sim Medicações em uso:

**9 Síndromes coronarianas crônicas** - Angina Pectoris estável,cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, angioplastia, RVM. **( ) Não ( ) Sim**

**Medicações em uso: 10 Valvopatias -** Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)

( ) Não ( ) Sim Medicações em uso:

**11 Miocardiopatias e Pericardiopatias** - Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática **( ) Não ( ) Sim**

**Medicações em uso: 12 Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas -** Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos **( ) Não ( ) Sim**

**Medicações em uso: 13 Arritmias cardíacas** – Arritmias com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras) **( ) Não ( ) Sim Medicações em uso:**

**14 Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica** - cardiopatias com crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico. **( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: 15 Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados** - Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)

( ) Não ( ) Sim Medicações em uso:

**16 Doença cerebrovascular** - Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular**( ) Não ( ) Sim**

**Medicações em uso: 17 Doença renal crônica –** insuficiência renal em estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular

< 60 ml/min/1,73 m2, pacientes em diálise) e/ou síndrome nefrótica. **( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: 18 Imunossuprimidos** - Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea;

pessoas vivendo com HIV; 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. **( ) Não ( ) Sim**

Medicações em uso: 19 Anemia falciforme ( ) Não ( ) Sim

Medicações em uso: 20 Obesidade mórbida - Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 ( ) Não ( ) Sim

Medicações em uso: 21 Síndrome de Down - Trissomia do cromossomo 21 ( ) Não ( ) Sim

Medicações em uso: 22 Cirrose hepática - Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C ( ) Não ( ) Sim

Medicações em uso:

Declaro estar ciente de que em razão da condição acima atestada por mim o paciente está apto a receber a vacina contra a COVID-19, dado seu enquadramento no Grupo Prioritário “Pessoas com comorbidades” do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, e assumo total responsabilidade pelas informações ora prestados, ficando sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal em caso de falsidade.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente:

Londrina, de de 2021

Assinatura do médico e carimbo