



**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 itens marcando sim ou não).

**1 Diabetes Mellitus** ( ) Não ( ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Medicamentos 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 corticóides 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 Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

**4 Hipertensão arterial estágio 3:** (PA sistólica  $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica  $\geq 110$ mmHg 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 - Medicamentos 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 Medicamentos 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: \_\_\_\_\_



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IBIPORÃ

Estado do Paraná

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**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, ressinchronizadores, 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 m<sup>2</sup>, 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/ Talassemia Maior** ( ) Não ( ) Sim

**Qual:** \_\_\_\_\_

**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:** \_\_\_\_\_

**23 GESTANTE** ( ) Não ( ) Sim **Idade gestacional:** \_\_\_\_\_

**Comorbidade:** \_\_\_\_\_ **Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

**24 PUÉRPERA** ( ) Não ( ) Sim **Data do parto:** / /

**Comorbidade:** \_\_\_\_\_ **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 prestadas, ficando sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal em caso de falsidade.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente:

Ibiporã, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo