

FORMULÁRIO PADRÃO PARA INDICAÇÃO DE VACINA COVID-19

Nome do paciente: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____

COMORBIDADES PRIORITÁRIAS PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID19 - Conforme documento técnico do Estado de São Paulo, 11ª atualização de 8 de maio de 2021.

- DIABETES MELLITUS**
- PNEUMOPATIAS CRÔNICAS GRAVES** - DPOC, fibrose cística ou pulmonar, asma grave (uso recorrente de corticóide).
- HIPERTENSÃO ARTERIAL**
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)**
- COR-PULMONALE E HIPERTENSÃO PULMONAR**
- CARDIOPATIA HIPERTENSIVA**
- SÍNDROMES CORONARIANAS** - Angina estável, cardiopatia isquêmica, pós IAM.
- VALVOPATIAS** - Estenose ou insuficiência aortica, pulmonar, mitral ou tricúspide.
- MIOCARDIOPATIAS E PERICARDIOPATIAS** - Pericardite crônica, cardiopatia reumática.
- DOENÇAS DA AORTA, DOS GRANDES VASOS E FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS** - Aneurisma, dissecações ou hematomas.
- ARRITMIAS CARDÍACAS** - Fibrilação e flutter atriais.
- CARDIOPATIAS CONGÊNITA NO ADULTO** - Com repercussão hemodinâmica.
- PRÓTESES VALVARES E DISPOSITIVOS CARDÍACOS IMPLANTADOS**
- DOENÇA CEREBROVASCULAR** - AVC isquêmico ou hemorrágico, demência vascular.
- IMUNOSSUPRIMIDOS** - Transplantados, portadores de HIV, pacientes oncológicos, doenças reumáticas.
- HEMOGLOBINOPATIAS GRAVES** - Doença falciforme, talassemia.
- OBESIDADE MÓRBIDA** - IMC > 40.
- SÍNDROME DE DOWN**
- CIRROSE HEPÁTICA** - Child-Pugh A, B ou C.

Amparo, ____/____/____

Assinatura e carimbo