

ATESTADO MÉDICO:

Considerando a lista de comorbidades incluídas nos grupos prioritários da vacinação contra a COVID-19 e suas descrições (tabela abaixo), presente no plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 do Rio Grande do Sul.

Lista de comorbidades a serem consideradas para vacinação contra a COVID-19 de adolescentes de 12 a 17 anos:

	COMORBIDADE
Obesidade Grave	<p>Obesidade</p> <p>Acima do percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios – através das avaliações e curvas de crescimento.</p> <p>Avaliada no gráfico de estatura e peso – do respectivo sexo e faixa etária.</p> <p>Gráfico: Meninos: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_perc_5_19years.pdf?ua=1 Meninas: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_perc_5_19years.pdf?ua=1%C2%A0</p>
Pneumopatias Crônicas Graves	<p>Asma</p> <p>Medicamentos em uso: broncodilatador de longa ação (formoterol/salmeterol) + corticoide inalatório OU Uso de corticoide sistêmico (oral) contínuo OU História prévia de internação hospitalar /UTI (após os dois anos de idade) OU Displasia Broncopulmonar</p>
Outros Imunodeprimidos	<p>Doença Congênita/Rara/Genética/Autoimune Neoplasias ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológica no momento atual (em tratamento) Cardiopatias congênitas com consequências sistêmicas. Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores Pessoa vivendo com HIV Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamentos ou que justifiquem imunossupressão</p>
Hemoglobinopatia grave	Doença Falciforme ou Talassemia Maior
Doença cardiovascular	Cardiopatias nas quais o quadro clínico cause comprometimento sistêmico.
Doença neurológica crônica	Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente o risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular. Acidente Vascular Encefálico Mielite Transversa Paralisia cerebral com descrição de limitações
Diabete Mellitus	Diabete Mellitus (Tipo 1) Crianças com condição insulino-dependente



Atesto para fins de comprovação da necessidade de vacinação e por solicitação do(a) interessado(a), que o(a) Sr(a) _____

CPF: _____ é portador(a) da(s) seguinte(s) condição(ões) de saúde listada(s) no quadro acima:

Assinatura do Médico com carimbo

São Lourenço do Sul, ____ de _____ de 2021.

MODELO DE DECLARAÇÃO

Declaração de Condições de Saúde para Vacinação Contra COVID-19

Eu, _____, portador do CPF _____,

com data de nascimento ____/____/____, com endereço: _____

_____ responsável pelo menor (nome da

criança/adolescente) _____

telefone _____.

Declaro que a criança/adolescente apresenta (escrever a condição de saúde) _____ apresentando alto risco de quadro clínico grave da COVID-19, sendo justificada a sua priorização entre as mesmas pessoas da sua faixa etária. Declaro que estou ciente que os cuidados para minimizar a contaminação devem ser mantidos, tais como usar máscara cobrindo a boca e o nariz, lavar as mãos e evitar locais com muitas pessoas. Da mesma forma, declaro que fui informada que a vacina pode causar eventos adversos pós-vacinais – sendo o mais comum dor no local da aplicação Sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente que as informações podem ser conferidas a qualquer tempo pelos órgãos competentes.