

**ATESTADO MÉDICO:**

Considerando que adolescentes entre 12 e 17 anos, portadores de comorbidade (tabela abaixo), compõem um grupo populacional com risco quadro clínico grave e letalidade para a COVID-19, e que a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) autorizou o uso da vacina da Pfizer® contra a COVID-19 para pessoas de 12 anos a 17 anos de idade.

COMORBIDADE
<p>Obesidade Grave:</p> <p>Obesidade acima do percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios – através das avaliações e curvas de crescimento. Avaliada no gráfico de estatura e peso – do respectivo sexo e faixa etária.</p> <p>Gráfico:</p> <p>Meninos: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_percent_5_19years.pdf?ua=1</p> <p>Meninas: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_percent_5_19years.pdf?ua=1</p>
<p>Pneumopatas Crônicas Graves:</p> <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>
<p>Outros Imunodeprimidos</p> <p>Doença Congênita/Rara/Genética/Autoimune</p> <p>Neoplasias ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológicas no momento atual (em tratamento)</p> <p>Cardiopatas congênitas com consequências sistêmicas.</p> <p>Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores</p> <p>Pessoa vivendo com HIV</p> <p>Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamentos ou que justifiquem imunossupressão</p>
<p>Hemoglobinopatia grave</p> <p>Doença Falciforme ou Talassemia Maior</p>
<p>Doença cardiovascular</p> <p>Cardiopatas nas quais o quadro clínico cause comprometimento sistêmico.</p>
<p>Doença neurológica crônica</p> <p>Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular.</p> <p>Acidente Vascular Encefálico</p> <p>Mielite Transversa</p> <p>Paralisia cerebral com descrição de limitações</p> <p>Transtorno do Espectro Autista</p>
<p>Diabete Mellitus</p> <p>Diabete Mellitus (Tipo1): Crianças com condição insulino-dependente devido a DM1.</p>

Atesto para fins de comprovação da necessidade de vacinação e por solicitação do(a) interessado(a), que o(a) Sr(a) _____ é portador(a) da(s) seguinte(s) condição(ões) de saúde listada(s) no quadro acima:

Assinatura do Médico com carimbo

_____, ____ de _____ de 2021.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS

PREFEITURA DE PELOTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS



DECLARAÇÃO

Eu _____, portador do CPF _____, declaro que sou responsável pelo menor _____, o qual apresenta alto risco de agravamento de quadro clínico da Covid-19, sendo justificada a sua priorização entre as mesmas pessoas de sua faixa etária. Declaro que estou ciente que os cuidados para amenizar 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 informado 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 de que as informações podem ser conferidas a qualquer tempo pelo órgãos competentes.