



Prefeitura Municipal de Jaguarão
Secretaria Municipal da Saúde

ATESTADO MÉDICO

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 – ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS

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

COMORBIDADE	DESCRIÇÃO
Obesidade Grave	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)
Pneumopatias Crônicas Graves	Asma - 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
Outros Imunodeprimidos	Doença Congênita/Rara/Genética/Autoimune; Neoplasias ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológicas 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
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 risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular; Acidente Vascular Encefálico; Mielite Transversa; Paralisia cerebral com descrição de limitações.
Diabete Mellitus	Diabete Mellitus (Tipo1); Crianças com condição insulino-dependente

Atesto que _____ é portador da comorbidade _____ e enquadra-se nos critérios do Plano Nacional de Vacinação para receber a vacina contra COVID-19.

CID:

Carimbo e assinatura do médico



Prefeitura Municipal de Jaguarão
Secretaria Municipal da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO DO(A) RESPONSÁVEL

Eu, _____ inscrito no CPF N° _____, responsável legal pelo(a) adolescente _____ inscrito no CPF N° _____, declaro que fui informado(a) sobre a vacinação da COVID-19. Eu entendo que se a vacina exigir duas doses, terei de levar o(a) adolescente para recebê-las para que se cumpra o esquema vacinal e ela seja eficaz. 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 informado(a) que a vacina pode causar eventos adversos pós-vacinais – sendo o mais comum dor no local da aplicação. Eu entendo os benefícios e riscos da vacinação conforme descrito, e autorizo a aplicação do imunizante.

Assinatura do(a) Responsável