



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
<b>Obesidade Grave</b>	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)
<b>Pneumopatias Crônicas Graves</b>	Asma - Medicamentos em uso: broncodilatador de longa ação (formoterol / salmeterol) + corticoide inalatório <b>OU</b> Uso de corticoide sistêmico (oral) contínuo <b>OU</b> História prévia de internação hospitalar /UTI (após os dois anos de idade) <b>OU</b> Displasia Broncopulmonar
<b>Outros Imunodeprimidos</b>	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
<b>Hemoglobinopatia grave</b>	Doença Falciforme ou Talassemia Maior
<b>Doença cardiovascular</b>	Cardiopatias nas quais o quadro clínico cause comprometimento sistêmico.
<b>Doença neurológica crônica</b>	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.
<b>Diabete Mellitus</b>	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**