



## ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DE COMORBIDADES INCLUÍDAS COMO PRIORITÁRIAS PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID 19:

Todas as pessoas que estiverem contempladas deverão **ENTREGAR A DOCUMENTAÇÃO ORIGINAL OU CÓPIA QUE COMPROVE SUA CONDIÇÃO**, PARA RECEBIMENTO DA VACINA. TODOS TAMBÉM DEVEM APRESENTAR RG, CPF E COMPROVANE DE ENDEREÇO EM MOGI DAS CRUZES.

AGRAVOS	O QUE PRECISA APRESENTAR	VALIDADE DOS DOCUMENTOS
<b>Diabetes Mellitus (tipo 1 e 2)</b>	<p><b>Relatório médico com o diagnóstico OU receita da medicação que utiliza:</b>  Mais utilizados:  <b>Insulina, Metformina, Glibenclamida</b> (Daonil, IQUECO-Glibenclamida, Iquego, Glionil, Glicanil, Glicamin), Glimepirida ( Glimepil, Betes, Amaryl, Azulix, Gliansor, Diabemed, Glimeran, Amaglyn, Glymryl), Gliclazida (azukon MR, Beteglid, Clazi XR, Dagli, Dicazid MR, Diamicron MR), Miglitol (Glucobay, Aglucose), Rosiglitazona (Avandia), Pioglitazona (Pioglit, Aglitol, Piotaz, Stanglit), Saxagliptina (Ongluza, Kombiglyze XR), Empagliflozina (Jardiance, Glyxambi), Canagliflozina (Invokana), Repaglinida (Prosprand), Nateglimida (Starnform, Starflix), Sitagliptina (Janumet, Janumet XR, Nimegon MET), Vildagliptina (Galves met, Jalra met, Galvus, Jalra)</p>	<b>Poderá apresentar receita com data dos últimos 3 anos.</b>
<p><b>DOENÇAS PULMONARES crônicas graves:</b></p> <p>Fibrose cística  Fibrose pulmonar  Pneumoconiose  Displasia broncopulmonar  DPOC</p>	<p><b>Relatório médico onde esteja escrito estes diagnósticos</b></p> <p>Ou</p> <p><b>Exame onde esteja escrito estes diagnósticos</b></p>	<b>Relatório ou exame pode ser de qualquer data – validade indeterminada</b>



<p><b>Asma grave</b></p>	<p>Relatório médico de ASMA GRAVE + a receita de corticoide sistêmico OU Relatório de alta hospitalar após internação com os diagnósticos de ASMA GRAVE OU Resultado de espirometria com laudo escrito: ASMA GRAVE OU Comprovante de retirada de medicação para asma NA FARMÁCIA DE ALTO CUSTO. <b>OBS: não será aceito a prescrição médica da vacina isolada; receita isolada de corticoide inalatório (“bombinha”), não caracteriza asma grave.</b></p>	<p><b>Poderá apresentar receita dos último 12 meses</b></p>
<p><b>Hipertensão arterial resistente (HAR)</b></p>	<p><b>Relatório médico descrito com a Receita contendo PELO MENOS 3 MEDICAMENTOS SENDO UM de cada grupo dos abaixo (mínimo 3 grupos) ou somente a Receita:</b> Grupo1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Bisoprolol Grupo3: Anlodipino Grupo4: Losartana, Olmesartana Grupo5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona, Indapamida</p>	<p><b>Poderá apresentar receita com data dos últimos 3 anos.</b></p>
<p>Hipertensão arterial estágio 3 (PA Sistólica maior ou igual a 180mmHg e/ou diastólica maior ou igual a 110mmHg com ou sem lesão de órgão alvo ou presença de comorbidade)</p>	<p><b>Relatório médico comprovando com a descrição de Hipertensão Arterial “Estágio 3” acompanhado de receita de um dos medicamentos:</b> Grupo1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo3: Anlodipino Grupo4: Losartana <b>OBS: somente a receita de medicações não comprova pertencer a este grupo</b></p>	<p><b>Poderá apresentar receita com data dos últimos 3 anos.</b></p>



<p>Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade (PA sistólica entre 140 a 179 mmHg e diastólica entre 90 a 109 mmHg com lesão de órgão alvo e/ou presença de comorbidade)</p>	<p>Relatório médico comprovando/ com a descrição “HIPERTENSÃO COM lesão em órgão alvo” acompanhado de receita de QUALQUER dos medicamentos Medicamentos: Grupo1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo3: Anlodipino Grupo4: Losartana <b>OBS: somente a receita de medicações não comprova pertencer a este grupo</b></p>	<p><b>Poderá apresentar receita com data dos últimos 3 anos.</b></p>
<p>Insuficiência Cardíaca (IC)</p>	<p>Relatório médico OU Ecocardiograma COM A DESCRIÇÃO DE Insuficiência Cardíaca estágios B, C ou D (contém alteração cardíaca estrutural com ou sem sintomas);  <b>OBS: somente a receita de medicações não comprova pertencer a este grupo</b></p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>
<p>Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar</p>	<p>Relatório médico este diagnóstico descrito</p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>
<p>Cardiopatía Hipertensiva</p>	<p>Relatório médico este diagnóstico descrito</p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>
<p>Síndromes Coronarianas</p>	<p>Relatório médico (angina pectoris estável, cardiopatía isquêmica, pós IAM, entre outros) OU resumo de alta ou cirurgia cardíaca ou procedimentos como “stent”, angioplastia.</p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>
<p>Valvopatías</p>	<p>Relatório médico com este diagnóstico</p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>
<p>Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados</p>	<p>Relatório médico ou relatório de cirurgia</p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>
<p>Miocardíopatías e Pericardíopatías</p>	<p>Relatório médico com este diagnóstico</p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>



Doença da aorta, dos grandes vasos e fístulas arteriovenosas	Relatório médico com este diagnóstico	Documentação válida por tempo indeterminado
Arritmias cardíacas	Relatório médico com este diagnóstico	Documentação válida por tempo indeterminado
Cardiopatias congênitas no adulto	Relatório médico (referindo a cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica), ou ecocardiograma com o referido	Documentação válida por tempo indeterminado
Doença cerebrovascular	Relatório médico OU resumo de alta hospitalar com descrição de Acidente Vascular Cerebral, Ataque Isquêmico Transitório, Demência vascular. OU laudo de tomografia ou ressonância que esteja DESCRITO ESTES DIAGNÓSTICOS	Documentação válida por tempo indeterminado
Doença renal crônica	Relatório médico ou qualquer documento que comprove “hemodiálise” OU  Relatório descrito: Doença renal crônica estágio 3, 4 ou 5 e/ou síndrome nefrótica	Documentação válida por tempo indeterminado
Pessoas transplantadas de órgão sólido ou de medula óssea	Relatório médico OU relatório de internação OU DE cirurgia que comprove transplante	Documentação válida por tempo indeterminado
Pessoa que Vive com HIV	Relatório médico ou exame que comprove o diagnóstico.	Documentação válida por tempo indeterminado
Imunodeficiência primária	Relatório médico com a descrição desse diagnóstico	Documentação válida por tempo indeterminado
Pacientes oncológicos	Relatório médico OU DE Internação com estes diagnósticos, e comprovação da realização de tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses.	Validade de 6 meses
Neoplasias hematológicas	Relatório médico com diagnóstico de Mielomas múltiplos, leucemias e linfomas.	Documentação válida por tempo indeterminado



<p>Doenças reumatológicas imunomediadas sistêmicas em atividade</p>	<p><b>Relatório médico com o diagnóstico</b> (ex: artrite reumatóide, esclerodermia Artrite reumatoide, artrite psoriásica, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistêmico, polimiosite, dermatomiosite, esclerose sistêmica, síndrome de Sogarem ETC..)  <b>e + a receita da medicação em uso:</b> E comprovação de uso de prednisona ou equivalente &gt; 10mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide por mais de 30 dias e/ou ciclofosfamida.</p>	<p>Validade de 6 meses</p>
<p>Demais indivíduos em uso de medicações imunossupressoras</p>	<p><b>Receitas das medicações ou comprovante de retirada da medicação na Farmácia de alto custo</b>                  prednisona dose acima de 10mg/dia ou equivalente por mais de 14 dias                  Metotrexato                  Ciclosporina                  Leflunomida                  Sulfassalazina                  Azatioprima                  Ciclofosfamida                  Tacrolimo e Everolimo                  Imunobiológicos: Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe, Abatacept, Ustequimumabe, Canaquimumabe, Tocelizumabe, Rituximabe e outro terminado em “MABE”</p>	<p>Validade 6 meses</p>
<p>Hemoglobinopatias graves</p>	<p>Relatório de Doença falciforme e talassemia maior                  OU exame laboratorial que comprove o diagnóstico.  <b>OBS: Traço falciforme não é considerado para este grupo.</b></p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>
<p>Obesidade mórbida</p>	<p>Relatório médico com a descrição de “obesidade mórbida OU IMC &gt;ou= 40” a calcular.</p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>
<p>Síndrome de Down</p>	<p>Relatório médico com o diagnóstico.</p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>
<p>Cirrose hepática</p>	<p>Relatório médico com o diagnóstico.</p>	<p>Documentação válida por tempo indeterminado</p>



**DEFICIÊNCIAS PERMANENTES GRAVES COM COMPROVAÇÃO DO BENEFÍCIO BPC da assistência social  
É OBRIGATORIO O NÚMERO DO BENEFÍCIO PARA A VACINAÇÃO**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitação motora que cause grande dificuldade para locomoção.</li> </ul>	<p>Comprovação do Benefício - BPC – documento que contenha o número do cadastro no benefício (exemplo: extrato atualizado)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, escola, etc...</li> </ul>	

Edição 2  
Mogi das Cruzes, 18 de maio de 2021