

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 COMPROVANTE DE ENDEREÇO EM MOGI DAS CRUZES**

Agravos	O QUE PRECISA APRESENTAR	VALIDADE DOS DOCUMENTOS
Diabetes Mellitus (tipo 1 e 2)	Relatório médico com o diagnóstico OU receita da medicação que utiliza: Mais utilizados: Insulina, Metformina, Glibenclamida (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)	Poderá apresentar receita com data dos últimos 3 anos.
DOENÇAS PULMONARES crônicas graves: Fibrose cística Fibrose pulmonar Pneumoconiose Displasia broncopulmonar DPOC	Relatório médico onde esteja escrito estes diagnósticos Ou Exame onde esteja escrito estes diagnósticos	Relatório ou exame pode ser de qualquer data – validade indeterminada
Asma grave	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. OBS: não será aceito a prescrição médica da vacina isolada; receita isolada de corticoide inalatório (“bombinha”), não caracteriza asma grave.	Poderá apresentar receita dos último 12 meses
Hipertensão arterial resistente	Relatório médico descrito com a Receita contendo PELO MENOS 3 MEDICAMENTOS	

(HAR)	SENDO UM de cada grupo dos abaixo (mínimo 3 grupos) ou somente a Receita: Grupo1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Bisoprolol Grupo3: Anlodipino Grupo4: Losartana, Olmesartana Grupo5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona, Indapamida	Poderá apresentar receita com data dos últimos 3 anos.
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)	Relatório médico comprovando com a descrição de Hipertensão Arterial “Estágio 3” acompanhado de receita de um dos medicamentos: Grupo1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo3: Anlodipino Grupo4: Losartana OBS: somente a receita de medicações não comprova pertencer a este grupo	Poderá apresentar receita com data dos últimos 3 anos.
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)	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 OBS: somente a receita de medicações não comprova pertencer a este grupo	Poderá apresentar receita com data dos últimos 3 anos.
Insuficiência Cardíaca (IC)	Relatório médico OU Ecocardiograma COM A DESCRIÇÃO DE Insuficiência Cardíaca estágios B, C ou D (contém alteração cardíaca estrutural com ou sem sintomas); OBS: somente a receita de medicações não comprova pertencer a este grupo	Documentação válida por tempo indeterminado
Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar	Relatório médico este diagnóstico descrito	Documentação válida por tempo indeterminado
Cardiopatia Hipertensiva	Relatório médico este diagnóstico descrito	Documentação válida por tempo indeterminado
Síndromes Coronarianas	Relatório médico (angina pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós IAM, entre outros) OU resumo de alta ou cirurgia cardíaca ou procedimentos como “stent”, angioplastia.	Documentação válida por tempo indeterminado

Valvopatias	Relatório médico com este diagnóstico	Documentação válida por tempo indeterminado
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Relatório médico ou relatório de cirurgia	Documentação válida por tempo indeterminado
Miocardopatias e Pericardiopatias	Relatório médico com este diagnóstico	Documentação válida por tempo indeterminado
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
Doenças neurológicas crônicas	Acidente Vascular Cerebral, Ataque Isquêmico Transitório, Demência vascular: Relatório médico OU resumo de alta hospitalar OU laudo de tomografia ou ressonância que esteja descrito estes diagnósticos. Doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares, doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular e deficiência neurológica grave: Relatório médico que comprove a doença.	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
Doenças reumatológicas imunomediadas sistêmicas em atividade	Relatório médico com o diagnóstico (ex: artrite reumatóide, esclerodermia Artrite reumatoide, artrite psoriásica, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistêmico, polimiosite, dermatomiosite, esclerose sistêmica, síndrome de Sogarem ETC..) e + a receita da medicação em uso: E comprovação de uso de prednisona ou equivalente > 10mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide por mais de 30 dias e/ou ciclofosfamida.	Validade de 6 meses
Demais indivíduos em uso de medicações imunossupressoras	Receitas das medicações ou comprovante de retirada da medicação na Farmácia de alto custo 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”	Validade 6 meses
Hemoglobinopatias graves	Relatório de Doença falciforme e talassemia maior OU exame laboratorial que comprove o diagnóstico. OBS: Traço falciforme não é considerado para este grupo.	Documentação válida por tempo indeterminado
Obesidade mórbida	Relatório médico com a descrição de “obesidade mórbida OU IMC >ou= 40” a calcular.	Documentação válida por tempo indeterminado
Síndrome de Down	Relatório médico com o diagnóstico.	Documentação válida por tempo indeterminado
Cirrose hepática	Relatório médico com o diagnóstico.	Documentação válida por tempo indeterminado

DEFICIÊNCIAS PERMANENTES GRAVES COM COMPROVAÇÃO DO BENEFÍCIO BPC da assistência social

É OBRIGATORIO O NÚMERO DO BENEFÍCIO PARA A VACINAÇÃO

• Limitação motora que cause grande dificuldade para locomoção.	comprovante do Benefício - BPC
• Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir	comprovante do Benefício - BPC
• Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar	comprovante do Benefício - BPC
• Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, escola, etc...	comprovante do Benefício - BPC

Edição 2

Mogi das Cruzes, 24 de maio de 2021