



## 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, e no documento deve constar CRM do médico.

**TODOS TAMBÉM DEVEM APRESENTAR RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO EM MOGI DAS CRUZES**

**SITUAÇÕES QUE PODEM LEVAR SOMENTE A RECEITA DA MEDICAÇÃO QUE UTILIZA PARA SEU TRATAMENTO COM O CRM DO MÉDICO:**

Agravos	O QUE PRECISA APRESENTAR	VALIDADE DOS DOCUMENTOS
<b>Diabetes Mellitus (tipo 1 e 2)</b>	<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)	<b>com data dos últimos 3 anos.</b>
<b>Hipertensão arterial resistente (HAR)</b>  <b>Hipertensão arterial estágio 3</b>  <b>Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade</b>	<b>Relatório médico descrito o diagnóstico; OU Receita da medicação de uso contínuo para hipertensão:</b> <b>Exemplo:</b> Grupo1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Bisoprolol Grupo3: Anlodipino Grupo4: Losartana, Olmesartana Grupo5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona, Indapamida	<b>com data dos últimos 3 anos.</b>



<b>Asma grave</b>	Relatório médico com o diagnóstico de ASMA GRAVE OU a receita da medicação de uso contínuo: corticoide sistêmico ou inalatório OU Comprovante de retirada de medicação para asma NA FARMÁCIA DE ALTO CUSTO. OU Relatório de alta hospitalar após internação com os diagnósticos de ASMA GRAVE OU Resultado de espirometria com laudo escrito: ASMA GRAVE	<b>Com data dos últimos 12 meses</b>
<b>Pessoas em uso de medicações que causam imunossupressão</b>	<b>Receitas das medicações ou comprovante de retirada da medicação na Farmácia de alto custo – Exemplos:</b> Prednisona dose acima de 10mg/dia ou equivalente por mais de 14 dias; Metotrexato; Ciclosporina; Leflunomida; Azatioprina; Ciclofosfamida; Tacrolimo e Everolimo Imunobiológicos: Infiximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe, Abatacept, Ustequimumabe, Canaquimumabe, Tocelizumabe, Rituximabe e <b>qualquer outro terminado em “MABE”</b>	<b>Pode apresentar somente a receita da medicação, dos últimos 12 meses.</b>
<b>Doenças REUMATOLÓGICAS imunomediadas sistêmicas em atividade EM TRATAMENTO.</b>	Inclui-se: artrite reumatoide, esclerodermia Artrite reumatoide, artrite psoriásica, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistêmico, polimiosite, dermatomiosite, esclerose sistêmica, síndrome de Sjögren, etc.) <b>EM TRATAMENTO COM A RECEITA medicação em uso:</b> prednisona ou equivalente > 10mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide por mais de 30 dias e/ou ciclofosfamida.	<b>Pode apresentar somente a receita da medicação, dos últimos 12 meses.</b>
<b>Pacientes ONCOLÓGICOS em TRATAMENTO nos últimos 6 meses</b>	<b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico:</b> <b>Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja descrito o tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses.</b>	<b>Validade de 6 meses</b>
<b>Obesidade</b>	<b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico (quem não tiver relatório pode se agendar que será avaliado na hora pela equipe)</b>	<b>Validade de 6 meses</b>



<b>SITUAÇÕES QUE PRECISAM E ALGUMA DOCUMENTAÇÃO QUE COMPROVE A DOENÇA/ DIAGNÓSTICO COM O CRM DO MÉDICO:</b>		
<b>Cirrose hepática</b>	<b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico: Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito este diagnóstico.</b>	Documentação válida por tempo indeterminado
<b>DOENÇAS PULMONARES crônicas graves:</b>	<b>Inclui-se:</b> Fibrose cística, Fibrose pulmonar, Pneumoconiose, Displasia broncopulmonar, DPOC  <b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico: Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b>	Documentação válida por tempo indeterminado
<b>DOENÇAS CARDIOVASCULARES crônicas graves</b>	<b>Inclui-se:</b> Insuficiência Cardíaca (IC), Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar, Cardiopatia Hipertensiva, Síndromes Coronarianas, Valvopatias, Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados (uso de marca passo), Miocardiopatias e Pericardiopatias, Doença da aorta, dos grandes vasos e fístulas arteriovenosas, Arritmias cardíacas, Cardiopatia congênita no adulto  <b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico: Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar com o diagnóstico</b>	Documentação válida por tempo indeterminado
<b>DOENÇAS NEUROLÓGICAS crônica graves</b>	<b>Acidente Vascular Cerebral, Ataque Isquêmico Transitório, Demência vascular (Alzheimer);</b> 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 (epilepsia, trauma medular)  <b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico: Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b>	Documentação válida por tempo indeterminado



DOENÇA RENAL crônica	Inclui-se: Doença renal crônica, síndrome nefrótica; pessoa em hemodiálise  <b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico: Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b>	Documentação válida por tempo indeterminado
Pessoas TRANSPLANTADAS de órgão sólido ou de medula óssea	<b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico: Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b>	Documentação válida por tempo indeterminado
Pessoas com IMUNODEFICIÊNCIAS (HIV; Imunodeficiência primária/ congênita)	<b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico: Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b>	Documentação válida por tempo indeterminado
Neoplasias HEMATOLÓGICAS (LINFOMAS, LEUCEMIAS E MIELOMAS)	<b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico: Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b>	Documentação válida por tempo indeterminado
Hemoglobinopatias graves (TALASSEMIA E ANEMIA FALCIFORME)	OBS: Traço falciforme não é considerado para este grupo. <b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico: Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b>	Documentação válida por tempo indeterminado
Síndrome de Down	<b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico</b>	Documentação válida por tempo indeterminado



**DEFICIÊNCIAS PERMANENTES GRAVES ( LIBERADO INCLUSIVE PARA OS QUE NÃO POSSUEM O BENEFICIO BPC)**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Limitação motora que cause grande dificuldade para locomoção.</li></ul>  |
| <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> |

**LEVAR LAUDO MÉDICO QUE COMPROVE OU QUEM NÃO TEM LAUDO, PODERÁ FAZER UMA AUTODECLARAÇÃO NA UNIDADE E SERÁ AVALIADO PELA EQUIPE DE VACINAÇÃO.**

Edição 4  
Mogi das Cruzes, 11 de junho de 2021