

**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 (ADOLESCENTES QUE NÃO POSSUEM CPF, DEVEM APRESENTAR CARTÃO SUS)**

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

| <b>Agravos</b>   | <b>O QUE PRECISA APRESENTAR</b>   | <b>VALIDADE DOS DOCUMENTOS</b>      |
|--|---|-------------------------------------|
| <b>Diabetes Mellitus (tipo 1 e 2)</b>  | <b>Relatório médico com o diagnóstico DE DIABETES OU receita da medicação que utiliza PARA DIABETES</b>       | <b>com data dos últimos 3 anos.</b> |
| <b>Hipertensão arterial resistente (HAR)</b><br><b>Hipertensão arterial estágio 3</b><br><b>Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade</b> | <b>Relatório médico descrito o diagnóstico;<br/>OU Receita da medicação de uso contínuo para hipertensão.</b> | <b>com data dos últimos 3 anos.</b> |



|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>Asma grave</b></p>  | <p>Relatório médico com o diagnóstico de ASMA GRAVE<br/>                 OU<br/>                 a receita da medicação de uso contínuo: corticoide sistêmico ou inalatório<br/>                 OU<br/>                 Comprovante de retirada de medicação para asma NA FARMÁCIA DE ALTO CUSTO.<br/>                 OU<br/>                 Relatório de alta hospitalar após internação com os diagnósticos de ASMA GRAVE<br/>                 OU<br/>                 Resultado de espirometria com laudo escrito: ASMA GRAVE</p>                      | <p><b>Com data dos últimos 12 meses</b></p>   |
| <p><b>Pessoas em uso de medicações que causam imunossupressão</b></p>                     | <p><b>Receitas das medicações ou comprovante de retirada da medicação na Farmácia de alto custo – Exemplos:</b><br/>                 Prednisona dose acima de 10mg/dia ou equivalente por mais de 14 dias;<br/>                 Metotrexato; Ciclosporina; Leflunomida; Azatioprina;<br/>                 Ciclofosfamida; Tacrolimo e Everolimo<br/>                 Imunobiológicos: Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe, Abatacept, Ustequimumabe, Canaquimumabe, Tocelizumabe, Rituximabe e <b>qualquer outro terminado em “MABE”</b></p> | <p><b>Pode apresentar somente a receita da medicação, dos últimos 12 meses.</b></p> |
| <p><b>Doenças REUMATOLÓGICAS imunomediadas sistêmicas em atividade EM TRATAMENTO.</b></p> | <p>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</b><br/> <b>COM A RECEITA medicação em uso:</b> prednisona ou equivalente &gt; 10mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide por mais de 30 dias e/ou ciclofosfamida.</p>   | <p><b>Pode apresentar somente a receita da medicação, dos últimos 12 meses.</b></p> |



|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>Pacientes ONCOLÓGICOS em tratamento / câncer atual</b></p>   | <p><b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico:</b><br/> <b>Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja descrito o tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses ou câncer atual.</b></p>   | <p><b>Validade de 6 meses</b></p>                  |
| <p><b>SITUAÇÕES QUE PRECISAM E ALGUMA DOCUMENTAÇÃO QUE COMPROVE A DOENÇA/ DIAGNÓSTICO COM O CRM DO MÉDICO:</b></p> |  |  |
| <p><b>Cirrose hepática</b></p>   | <p><b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico:</b><br/> <b>Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito este diagnóstico.</b></p>  | <p>Documentação válida por tempo indeterminado</p> |
| <p><b>DOENÇAS PULMONARES crônicas graves:</b></p>  | <p><b>Inclui-se:</b> Fibrose cística, Fibrose pulmonar, Pneumoconiose, Displasia broncopulmonar, DPOC</p> <p><b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico:</b><br/> <b>Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b></p> | <p>Documentação válida por tempo indeterminado</p> |



|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>DOENÇAS CARDIOVASCULARES crônicas graves</b></p> | <p><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</p> <p><b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico:</b><br/> <b>Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar com o diagnóstico</b></p>              | <p>Documentação válida por tempo indeterminado</p> |
| <p><b>DOENÇAS NEUROLÓGICAS crônica graves</b></p>      | <p><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)</p> <p><b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico:</b><br/> <b>Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b></p> | <p>Documentação válida por tempo indeterminado</p> |
| <p><b>DOENÇA RENAL crônica</b></p>                     | <p><b>Inclui-se:</b> Doença renal crônica, síndrome nefrótica; pessoa em hemodiálise</p> <p><b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico:</b><br/> <b>Exemplo: Relatório médico, exames, relatório de alta hospitalar onde esteja escrito estes diagnósticos</b></p>   | <p>Documentação válida por tempo indeterminado</p> |



|   |   |   |
|---|---|---|
| Pessoas TRANSPLANTADAS de órgão sólido ou de medula óssea                 | <b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico:<br/>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:<br/>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:<br/>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.<br><b>Qualquer documentação que comprove o diagnóstico e que tenha o CRM do médico:<br/>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 |
| OBESIDADE MÓRBIDA   | <b>COM COMPROVAÇÃO MÉDICA</b>   | ATUALIZADO                                  |



### DEFICIÊNCIAS PERMANENTES GRAVES

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

**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, 16 AGOSTO 2021