

ANEXOS

Anexo 1 - Descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação

Grupo de comorbidades	Descrição
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR= Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos
Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade
Doenças cardiovasculares	
Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)
Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)

Cardiopatas congênita no adulto	Cardiopatas congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressyncronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e/ou síndrome nefrótica.
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C

Fonte: CGPN/DEVIT/SVS/MS. Com base nas revisões de literatura contidas nas referências deste documento.

Em____/____/ 2021.

ATESTADO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Atesto para fins de vacinação contra COVID-19 que o(a) paciente _____ tem indicação de vacinação* por ser portador da comorbidade abaixo descrita:

- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Pneumopatias crônicas graves (DPOC, fibrose cística e pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática)
- ☐ Hipertensão Arterial Resistente (HAR) (acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos)
- ☐ Hipertensão arterial estágio 3/ Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão alvo e/ou comorbidade (PAS $\geq$ 180 e/ou PAD $\geq$ 110 / PAS entre 140 e 179 e/ou PAD entre 90 e 109 COM LOA ou Comorbidade)
- ☐ Obesidade mórbida IMC $\geq$ 40
- ☐ Síndrome de Down
- ☐ Cirrose hepática (Child Pugh A, B ou C) ☐ Anemia falciforme
- ☐ Doença renal crônica (TFG $<$ 60 e ou Sd. Nefrótica)
- ☐ Pessoa portadora de HIV (independente de valores de carga Viral e linfócitos CD4)
- ☐ Imunossuprimidos (Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente $>$ 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas)
- ☐ Doenças Cardiovasculares (Insuficiência cardíaca, *Cor pulmonale*, Hipertensão pulmonar, Cardiopatia hipertensiva, Angina estável, Cardiopatia isquêmica, IAM prévio, Lesão valvar com repercussão hemodinâmica, Portadores de próteses valvares, Miocardiopatias, Pericardiopatias, cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, Fibrilação, Flutter atrial, Aneurismas e Dissecções de aorta e grandes vasos, AVC, AIT, Demência vascular.)
- ☐ Deficiência física permanente (Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas / Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo / Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos / Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)
- ☐ Doenças neurológicas crônicas. Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla, condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.

Nome Completo do Médico / CRM
Carimbo

* Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, 5ª edição, 2021.



Anexo 7 – Termo de assentimento para vacinação de pessoas de 12 a 17 anos

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Representante legal do menor de idade

Prezado (a) Sr. (a),
O (A) menor sob sua responsabilidade, poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19 no estado de São Paulo, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas de 12 a 17 anos.

A VACINAÇÃO

A campanha de vacinação contra a COVID-19 vem sendo operacionalizada desde o início do ano de 2021, e tem como finalidade a redução de ocorrência de casos e óbitos pela COVID-19 no território Nacional. Por meio da aquisição de diferentes imunobiológicos pelo Governo Federal e Estados, a campanha tem sido operacionalizada, sendo possível assim a vacinação em todos os municípios.

Diante da vacinação dos grupos prioritários previstos no Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 de São Paulo, será possível progredir com a vacinação de pessoas de 12 a 17 anos. Salienta-se que o risco e benefício, entre a contaminação pela COVID-19 e vacinação, tem sido avaliados e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis. Salientamos a importância da vacinação não somente contra a COVID-19, mas de todas as vacinas disponíveis para as respectivas faixas etárias.

Esclarece-se que neste momento o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA contra a COVID-19 Pfizer, a qual possui o intervalo entre as duas doses de 12 semanas, sendo necessária a administração das duas doses para ser considerado o esquema vacinal completo.

Para a vacinação, solicita-se que seja apresentado documento com foto no ato da vacinação para comprovação da identidade e faixa etária, e que o menor apresente este termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal para que possa ser efetivada a vacinação.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO

Eu, _____, inscrito sob o CPF _____, declaro que compreendi os aspectos relacionados à participação do (a) menor _____, inscrito sob o CPF _____ e sob minha responsabilidade, autorizo sua vacinação.

Assinei duas vias deste termo de assentimento, e estou ciente que diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde em que foi realizada a vacinação. Uma **via** deste documento, devidamente assinada foi deixada comigo.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) menor .

Local: _____/SP Data: _____/_____/_____

Assinatura do Representante legal

Impressão digital
do representante
legal

Testemunha imparcial (em caso coleta de impressão digital do representante)

Divisão de Imunização

Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - CVE

Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar, sala 620 | CEP 01246-000 | São Paulo, SP |

Fone: (11) 3066-8779