MODELO DE RELATÓRIO MÉDICO – VACINAÇÃO COVID-19

EU, _____, ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE _____, RESIDENTE NO MUNICÍPIO _____. É( ) GESTANTE/ ( ) PUÉRPERA E VEM SENDO ACOMPANHADO PARA O TRATAMENTO DA(S) COMORBIDADE(S) ABAIXO ASSINALADA(S):

( ) CARDIOPATIAS (Cardiopatia hipertensiva; Arritmias cardíacas; Insuficiência Cardíaca; Cor pulmonale; Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio III (PA ≥ 180x110mmHg); Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio I (PA ≥ 140-159 x 90-99mmHg) ou II (PA ≥ 160-179 x 100-109mmHg) com lesão de órgão-alvo; Cardiopatia Congênita no adulto; Valvopatias; Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados; Síndrome Coronariana; Miocardiopatias; Pericardiopatias; e, Doenças da Aorta ou Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas).
( ) DIABETES MELLITUS.
( ) OBESIDADE GRAU III ou mórbida (IMC igual ou superior a 40kg/m2).
( ) DOENÇAS CEREBROVASCULAR (Acidente Vascular Cerebral – Isquêmico ou Hemorrágico; Ataque Isquêmico Transitório; Demência Vascular)
( ) PNEUMOPATIAS (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).
( ) DOENÇA RENAL CRÔNICA (Doença renal crônica estágio 3 ou mais, taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m2, e/ou síndrome nefrótica).
( ) IMUNODEFICIÊNCIA (transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea, pessoas que vivem com HIV/AIDS; em Quimioterapia; em uso de imunossupressores devido Doença Auto-Imune).
( ) HEMOGLOBINOPATIAS GRAVES (doença falciforme e talassemia maior)
( ) CIRROSE HEPÁTICA Declaro, ademais, que a paciente foi informada dos riscos e benefícios da vacinação contra a Covid-10 e por decisão compartilhada, recomendo que seja realizada a vacinação contra a Covid-19.

_____, _____ / _____ / 2021

_____
(carimbo com CRM e assinatura)