



DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Eu, _____, portador do
CPF _____, com data de nascimento ____/____/____,
com endereço: _____

responsável pelo menor (nome da criança/adolescente) _____
_____ (idade) _____

telefone _____.

Declaro que a criança/adolescente apresenta (escrever a condição de saúde) _____

apresentando alto risco de quadro clínico grave da COVID-19, sendo justificada a sua priorização entre as mesmas pessoas da sua faixa etária. Declaro que estou ciente que os cuidados para minimizar a contaminação devem ser mantidos, tais como usar máscara cobrindo a boca e o nariz, lavar as mãos e evitar locais com muitas pessoas. Da mesma forma, declaro que fui informada que a vacina pode causar eventos adversos pós-vacinais – sendo o mais comum dor no local da aplicação Sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente que as informações podem ser conferidas a qualquer tempo pelos órgãos competentes.

DOCUMENTOS NECESSÁRIO PARA VACINAÇÃO:

- CPF ou Cartão SUS da criança/adolescente;
- Comprovante de residência no nome do pai ou da mãe.





Quadro 1 - Lista de comorbidades a serem consideradas para vacinação contra a COVID-19 de adolescentes de 12 a 17 anos:

COMO REGISTRAR NO SIPNI CAMPANHA	COMORBIDADE	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
Obesidade Grave	Obesidade Acima do percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios – através das avaliações e curvas de crescimento. Avaliada no gráfico de estatura e peso – do respectivo sexo e faixa etária. Gráfico: Meninos: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_perc_5_19years.pdf?ua=1 Meninas: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_perc_5_19years.pdf?ua=1%C2%A0	Atestado Médico/Declaração profissional da saúde (técnico de enfermagem, médico, enfermeiro ou nutricionista) – peso e altura colocado na Curva de IMC.
Pneumopatias Crônicas Graves	Asma Medicamentos em uso: broncodilatador de longa ação (formoterol/salmeterol) + corticoide inalatório OU Uso de corticoide sistêmico (oral) contínuo OU História prévia de internação hospitalar /UTI (após os dois anos de idade) OU Displasia Broncopulmonar	Exame de espirometria e/ou receita de corticoide de uso contínuo ou broncodilatador de longa duração de até 3 meses antecedência OU Alta hospitalar OU Atestado Médico* com descrição clínica e justificativa para priorização na vacinação.
Outros Imunodeprimidos	Doença Congênita/Rara/Genética/Autoimune Neoplasias ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológicas no momento atual (em tratamento) Cardiopatias congênitas com consequências sistêmicas. Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores. Pessoa vivendo com HIV Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamentos ou que justifiquem imunossupressão	Atestado Médico* ou exame comprobatório da doença.
Hemoglobinopatia grave	Doença Falciforme ou Talassemia Maior	Atestado médico OU hemograma e eletroforese de hemoglobina
Doença cardiovascular	Cardiopatias nas quais o quadro clínico cause comprometimento sistêmico.	Atestado médico e/ou exame de imagem ou outros exames comprobatórios.
Doença neurológica crônica	Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular. Acidente Vascular Encefálico Mielite Transversa Paralisia cerebral com descrição de limitações	Atestado médico com descrição clínica e comprometimentos
Diabete Mellitus	Diabete Mellitus (Tipo1) Crianças com condição insulino-dependente	Receita de insulina e/ou dosagem de hemoglobina glicada alterada

