

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTONIO DO SUDOESTE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE CNPJ: 09.236.736/00027**

CONTATO: 35638002

MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DO SUDOESTE ESTADO DO PARANÁ

*Valorizando Nossa Gente!*

**DESCRIÇÃO DAS COMORBIDADES INCLUÍDAS COMO PRIORITÁRIAS  
PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID -19**

<b>GRUPO DE COMORBIDADES</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CONDIÇÕES</b>
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes.	<i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i> <i>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</i> <i>- Especialista.</i> <i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i>
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).	<i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i> <i>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</i> <i>- Especialista.</i> <i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i>
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR= Quando a pressão arterial (PA) permanece acima	<i>Prescrição médica de solicitação da vacinação</i>

	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.	<p><i>contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <p><i>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</i></p> <p><i>- Especialista.</i></p> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>
Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica $\geq 110$ mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.	<p><i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <p><i>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</i></p> <p><i>- Especialista.</i></p> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>
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.	<p><i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <p><i>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</i></p> <p><i>- Especialista.</i></p> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>
<b><u>Doenças cardiovasculares</u></b>		
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.	<p><i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <p><i>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</i></p>

		<p>- Especialista.</p> <p>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</p>
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.	<p>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</p> <p>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</p> <p>- Especialista.</p> <p>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</p>
Cardiopatias hipertensivas	Cardiopatias hipertensivas (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo).	<p>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</p> <p>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</p> <p>- Especialista.</p> <p>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</p>
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras).	<p>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</p> <p>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</p> <p>- Especialista.</p> <p>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</p>
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou	<p>Prescrição médica de solicitação da vacinação</p>

	<p>sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras).</p>	<p><i>contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico geral da rede SUS do município;</li> <li>- Especialista.</li> </ul> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>
<p>Miocardiopatias e Pericardiopatias</p>	<p>Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.</p>	<p><i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</li> <li>- Especialista.</li> </ul> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>
<p>Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas</p>	<p>Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.</p>	<p><i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</li> <li>- Especialista.</li> </ul> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>
<p>Arritmias cardíacas</p>	<p>Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).</p>	<p><i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</li> <li>- Especialista.</li> </ul>

		<i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i>
Cardiopatia congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.	<i>Prescrição médica de solicitação da vacina contra a COVID-19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional - Clínico geral da rede SUS do município ou; - Especialista. Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i>
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, resincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).	<i>Prescrição médica de solicitação da vacina contra a COVID-19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional - Clínico geral da rede SUS do município ou; - Especialista. Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i>
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular.	<i>Prescrição médica de solicitação da vacina contra a COVID-19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional - Clínico geral da rede SUS do município ou; - Especialista. Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i>
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) e/ou síndrome	<i>Prescrição médica de solicitação da vacina contra a COVID-19 constando o CID da doença</i>

	nefrótica.	<p><i>assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</li> <li>- Especialista.</li> </ul> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>
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.	<p><i>Prescrição médica de solicitação de vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</li> <li>- Especialista.</li> </ul> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>
Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior.	<p><i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</li> <li>- Especialista.</li> </ul> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) $\geq$ 40.	<p><i>Declaração médica, de enfermagem ou nutricionista constando o IMC + solicitação de vacinação contra a COVID19, assinada e carimbada pelo profissional.</i></p>

Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21.	<p><i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</li> <li>- Especialista.</li> </ul> <p><i>OU</i></p> <p><i>Cópia de exame constando o diagnóstico.</i></p> <p><i>OU</i></p> <p><i>Declaração de matrícula da APAE.</i></p>
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.	<p><i>Prescrição médica de solicitação da vacinação contra a COVID19 constando o CID da doença assinada e carimbada pelo profissional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico geral da rede SUS do município ou;</li> <li>- Especialista.</li> </ul> <p><i>Cópia da prescrição da medicação de uso contínuo (até 6 meses).</i></p>