



GOVERNO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS  
**FORMULÁRIO PADRÃO PARA INDICAÇÃO DE VACINA COVID-19  
ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS**

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Prontuário nº: \_\_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_

**COMORBIDADES PRIORITÁRIAS PARA VACINAÇÃO CONTRA  
ACOVID-19 EM ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS**

- Assinale a comorbidade, conforme acompanhamento médico.
- No final do formulário, datar, assinar e carimbar (carimbo com nome e número de registro no CRMMG).
- Este formulário também pode ser utilizado para versões eletrônicas com assinatura digital.

**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)** - 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 antihipertensivos.

**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.

**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.

**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).
- CARDIOPATIAS CONGÊNITA NO ADULTO** - Cardiopatias 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, cardiodesfibriladores, ressinchronizadores, 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 < 60ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) e/ou síndrome nefrótica.
- IMUNOSSUPRIMIDOS**- Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV e CD4 < 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossuppressores 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)  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>.
- SÍNDROME DE DOWN**- Trissomia do cromossomo 21.
- CIRROSE HEPÁTICA** - Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.

**Data/Carimbo/Assinatura**



**Termo de assentimento para vacinação de pessoas entre 12 a 17 anos Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Representante legal do adolescente**

Prezado (a) Sr. (a), \_\_\_\_\_

O (A) adolescente sob sua responsabilidade poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19, no Município de São Sebastião do Paraíso/MG, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas entre 12 a 17 anos.

**A VACINAÇÃO**

A campanha de vacinação contra a COVID-19 vem sendo operacionalizada desde o início de 2021 e tem como finalidade a redução de ocorrências de casos de óbitos pela COVID-19 no território Nacional por meio de 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 Minas Gerais, será possível progredir com a vacinação de pessoas entre 12 a 17 anos. Salientamos que o risco e benefício, entre a contaminação pela COVID-19 e vacinação, têm sido avaliados e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis. Diante disso, ressaltamos a importância da vacinação não somente contra a COVID-19, mas de todas as vacinas disponíveis para as respectivas faixas etárias. Esclarecemos que neste momento o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA contra a COVID-19 Pfizer, que possui o intervalo de 12 semanas entre as doses, sendo necessária a administração das duas doses para ser considerado o esquema vacinal completo.

No ato, e para que seja efetivada a vacinação, solicitamos a apresentação de documento com foto para a comprovação da identidade e faixa etária do adolescente, e que seja apresentado também este termo de vacinação, devidamente preenchido e assinado, pelos pais ou responsável legal.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO**

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

Estou ciente que, diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação, poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde onde a mesma foi realizada.

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

São Sebastião do Paraíso/MG, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal