LAUDO MÉDICO

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA LUCAS DO RIO VERDE
Nossa terra forte de novo

Nome Completo:	
CPF:	**Data de nascimento:**
Nome da mãe:	
Cartão do SUS:	**Idade:**

COMORBIDADES

Pneumopatias crônicas graves

- ☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica
- ☐ Fibrose cística
- ☐ Fibrose pulmonar
- ☐ Pneumoconiose
- ☐ Displasia broncopulmonar
- ☐ Asma Grave:
  - ☐ uso recorrente de corticoides sistêmicos
  - ☐ internação prévia por crise asmática

Diabetes Mellitus

- ☐ Qualquer indivíduo com diabetes

Síndromes coronarianas

- ☐ Angina Pectoris estável
- ☐ Cardiopatia isquêmica
- ☐ Pós Infarto Agúdo do Miocârdio
- ☐ Outras: _____

Arritmias Cardíacas

- ☐ Arritmias com importância clínica
- ☐ Com cardiopatia associada:
  - ☐ fibrilação ☐ flutter atriais
  - ☐ outras: _____

Cardiopatia congênita no adulto

- ☐ Com repercussão hemodinâmica
- ☐ Crises hipoxêmicas
- ☐ Insuficiência cardíaca
- ☐ Arritmias
- ☐ Comprometimento miocárdico

Doença renal crônica

- ☐ Estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60ml/min/1,73 m2)
- ☐ Síndrome nefrótica

Cirrose Hepática

- ☐ Cirrose Hepática Child-Pugh A, B ou C

Hipertensão Arterial Resistente (HAR)

- ☐ Pressão arterial (PA) acima das metas recomendadas com o uso de 3 ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão
- ☐ Pressão arterial (PA) controlada em uso de 4 ou mais fármacos anti-hipertensivos

Hipertensão Arterial Estágio 3

- ☐ PA sistólica ≥ 180mmHg e/ou diastólica ≥ 110mmHg, 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

Valvopatias

- ☐ Com repercussão hemodinâmica
- ☐ Com repercussão síntomática
- ☐ Com comprometimento miocárdico:
  - ☐ estenose ou insuficiência aórtica
  - ☐ estenose ou insuficiência pulmonar
  - ☐ estenose ou insuficiência mitral
  - ☐ estenose ou insuficiência tricúspide
  - ☐ outras: _____

Miocardiopatias e Pericardiopatias

- ☐ Pericardite crônica
- ☐ Cardiopatia reumática
- ☐ Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos

Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas Arteriovenosas

- ☐ Aneurisma
- ☐ Dissecção
- ☐ Hematomas da aorta e demais grandes vasos

_____
Assinatura e carimbo do médico

_____
Assinatura do paciente

LAUDO MÉDICO

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA LUCAS DO RIO VERDE
Nossa terra forte de novo

Síndrome de Down

☐ Trissomia do cromossomo 21

Hemoglobinopatias graves

☐ Doença falciforme
☐ Talassemia maior

Cardiopatia Hipertensiva

☐ Hipertrofria ventricular esquerda ou dilatação
☐ Sobrecarga atrial e ventricular
☐ Disfunção diastólica e/ou sistólica
☐ Lesões em outros órgãos-alvo:

Qual: _____

Obesidade mórbida

☐ Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40

Peso: _____

Estatura: _____

IMC: _____

Insuficiência Cardíaca (IC)

☐ Com ejeção reduzida, intermediária ou preservada
☐ Em estágios B, C ou D, independente da classe funcional da New York Heart Association

Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados

☐ Próteses valvares:
- ☐ biológicas ☐ mecânicas

☐ Dispositivos cardíacos implantados:
- ☐ marca-passos ☐ cardio desfibriladores ☐ ressincronizadores
- ☐ assistência circulatória de média e longa permanência

Doença Cerebrovascular

☐ Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico
☐ Ataque isquêmico transitório
☐ Demência vascular

Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar

☐ Cor-pulmonale crônico
☐ Hipertensão pulmonar primária
☐ Hipertensão pulmonar secundária

Imunossuprimidos

☐ Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea
☐ HIV positivo
☐ Doença reumática imunomediada sistêmica em atividade:
- ☐ em uso de dose de prednisona ou outro medicamento equivalente > 10 mg/dia ☐ recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida

☐ Demais indivíduos em uso de imunossupressores ou imunodeficiência primária
☐ Paciente oncológico:
- ☐ recebeu tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses ☐ com neoplasias hematológicas

☐ **Gestante** (a partir de 18 anos) ☐ **Puérpera** (a partir de 18 anos, até 45 dias após o parto no dia da vacinação)

Data do parto: _____

☐ **Portador de Deficiência Permanente** (cadastrado no BPC)

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Com base nas revisões de literatura contidas nas referências do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Covid-19-6 ed-27.04.221

Descrição (incluir CID):

Lucas do Rio Verde, _____de_____de_____

_____
Assinatura e carimbo do médico

_____
Assinatura do paciente