

## FICHA CADASTRAL VACINAÇÃO COVID-19

NOME: \_\_\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) F ( ) M CPF/CNS: \_\_\_\_\_ ACAMADO: ( ) SIM ( ) NÃO

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Diabetes Mellitus</b>	Qualquer indivíduo com diabetes.
<input type="checkbox"/> <b>Pneumopatias Crônicas Graves</b>	Pneumopatias graves: (DPOC), fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação previa por crise asmática).
<input type="checkbox"/> <b>Hipertensão Arterial Resistente (HAR)</b>	Pressão arterial (PA) permanece alta mesmo com o uso de 3 ou + medicamentos OU PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos.
<input type="checkbox"/> <b>Hipertensão arterial estágio 3</b>	PA sistólica $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica $\geq 110$ mmHg, independentemente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade
<input type="checkbox"/> <b>Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade</b>	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA) e/ou comorbidade
<input type="checkbox"/> <b>Insuficiência Cardíaca (IC)</b>	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D
<input type="checkbox"/> <b>Cor pulmonale e Hipertensão Pulmonar</b>	Cor pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.
<input type="checkbox"/> <b>Cardiopatia hipertensiva</b>	hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo.
<input type="checkbox"/> <b>Síndromes coronarianas</b>	Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós-Infarto Agudo do Miocárdio, outras.
<input type="checkbox"/> <b>Valvopatias</b>	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).
<input type="checkbox"/> <b>Miocardopatias e Pericardiopatias</b>	Miocardopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.
<input type="checkbox"/> <b>Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas</b>	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.
<input type="checkbox"/> <b>Arritmias cardíacas</b>	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).
<input type="checkbox"/> <b>Cardiopatias congênitas no adulto</b>	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
<input type="checkbox"/> <b>Próteses valvares e Dispositivos Cardíacos implantados</b>	Portadores de próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).
<input type="checkbox"/> <b>Doença cerebrovascular</b>	AVC isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular.
<input type="checkbox"/> <b>Doença renal crônica</b>	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular $< 60$ ml/min/1,73m <sup>2</sup> ) e síndrome nefrótica.
<input type="checkbox"/> <b>Imunossuprimidos</b>	Indivíduos transplantados, 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; indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
<input type="checkbox"/> <b>Hemoglobinopatias Graves</b>	Doença falciforme e talassemia maior
<input type="checkbox"/> <b>Obesidade mórbida</b>	Índice de Massa Corpórea (IMC) $\geq 40$ .
<input type="checkbox"/> <b>Síndrome de Down</b>	Trissomia do cromossomo 21.
<input type="checkbox"/> <b>Doença Rara</b>	Qual? _____

Declaro que as informações contidas nessa presente ficha são verdadeiras

**Assinatura:**

**Gestante ou Puérpera – 45 dias**

**Outros** \_\_\_\_\_