



# PREFEITURA DE CAXIAS DO SUL

## VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Lista de comorbidades para vacinação de adolescentes de 12 a 17 anos completos

| CONDIÇÃO                     | DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO   | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO  |
|------------------------------|---|--|
| Obesidade Grave              | Obesidade<br>Acima do Percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios – através das avaliações e curvas de crescimento.<br><br>Avaliada no gráfico de estatura e peso – do respectivo sexo e faixa etária.  | Atestado Médico/Declaração de profissional da saúde – peso e altura colocado na Curva de IMC.  |
| Pneumopatias Crônicas Graves | Asma<br>Em uso dos medicamentos: broncodilatador de longa ação + corticoide inalatório<br>OU<br>Uso de corticoide sistêmico (oral) contínuo<br>OU<br>História prévia de internação hospitalar/UTI por doença respiratória (após os dois anos de idade)<br>OU<br>Displasia Broncopulmonar  | Exame de espirometria e/ou receita de corticoide de uso contínuo ou broncodilatador de longa duração de até 3 meses de antecedência OU Alta hospitalar OU Atestado Médico com descrição clínica e justificativa para priorização na vacinação. |
| Outros Imunodeprimidos       | Doença Congênita/Rara/Genética/Autoimune.<br>Câncer ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológica no momento atual (em tratamento).<br>Cardiopatias congênitas com consequências sistêmicas.<br>Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores.<br>Adolescentes com HIV.<br>Câncer ou doenças hematológicas <b>em tratamento</b> ou que justifiquem imunossupressão. | Atestado do médico assistente ou exame comprobatório da doença   |
| Hemoglobinopatia grave       | Doença Falciforme (não inclui traço falciforme) ou Talassemia Maior   | Atestado médico  |
| Doença cardiovascular        | Cardiopatias nas quais o quadro clínico cause comprometimento sistêmico.  | Atestado médico  |
| Doença neurológica crônica   | Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular.<br>Acidente Vascular Encefálico.<br>Mielite Transversa.<br>Paralisia cerebral com descrição de limitações.  | Atestado médico com descrição clínica e comprometimentos.  |
| Diabete Mellitus             | Diabete Mellitus (Tipo1).<br>Crianças insulino-dependentes.   | Receita de insulina contínua emitida há menos de um ano.   |