

## LISTA DE COMORBIDADES A SEREM CONSIDERADAS PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 DE ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS:

COMORBIDADE		DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
<b>Obesidade Grave</b>	<p>Obesidade Acima do percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios – através das avaliações e curvas de crescimento.</p> <p>Avaliada no gráfico de estatura e peso – do respectivo sexo e faixa etária.</p>	Atestado Médico/Declaração profissional da saúde (técnico de enfermagem, médico, enfermeiro ou nutricionista) – peso e altura colocado na Curva de IMC
<b>Pneumopatias Crônicas Graves</b>	<p>Asma Medicamentos em uso: broncodilatador de longa ação (formoterol/salmeterol) + corticoide inalatório OU Uso de corticoide sistêmico (oral) contínuo OU História prévia de internação hospitalar /UTI (após os dois anos de idade) OU Displasia Broncopulmonar</p>	Exame de espirometria e/ou receita de corticoide de uso contínuo ou broncodilatador de longa duração de até 3 meses antecedência OU Alta hospitalar OU Atestado Médico* com descrição clínica e justificativa para priorização na vacinação
<b>Outros Imunodeprimidos</b>	<p>Doença Congênita/Rara/Genética/Autoimune Neoplasias ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológicas no momento atual (em tratamento) Cardiopatias congênitas com consequências sistêmicas. Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores Pessoa vivendo com HIV Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamentos ou que justifiquem imunossupressão</p>	Atestado Médico* ou exame comprobatório da doença
<b>Hemoglobinopatia grave</b>	Doença Falciforme ou Talassemia Maior	Atestado médico OU hemograma e eletroforese de hemoglobina
<b>Doença cardiovascular</b>	Cardiopatias nas quais o quadro clínico cause comprometimento sistêmico.	Atestado médico e/ou exame de imagem ou outros exames comprobatórios
<b>Doença neurológica crônica</b>	Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular. Acidente Vascular Encefálico Mielite Transversa Paralisia cerebral com descrição de limitações	Atestado médico com descrição clínica e comprometimentos
<b>Diabete Mellitus</b>	Diabete Mellitus (Tipo1) Crianças com condição insulino-dependente	Receita de insulina e/ou dosagem de hemoglobina glicada alterada

