

2021

**PREFEITURA MUNICIPAL
DE IBAITI**

[PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA O COVID-19]

O presente documento trata do plano de vacinação contra a infecção humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em Ibaiti



PREFEITO MUNICIPAL DE IBAÍTI

Antonely de Cassio Alves de Carvalho

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Leandro Moreira dos Reis

COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Amabily da Silva Laverde

COORDENADORA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vanderleya Silva Medeiros

COORDENADORA DA DIVISÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

Juliana da Silva Almeida

RESPONSÁVEL PELA REDE DE FRIO

Juliane Cristina Noveli Gimenez

*Plano atualizado em 07/05/2021 às 09h03min.

Por Juliana da Silva Almeida e Juliane Cristina Noveli Gimenez.

**Sumário**

1. INTRODUÇÃO	3
2. IDENTIFICAÇÃO	3
3. FARMACOVIGILÂNCIA	4
4. OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO	5
4.1 LOGÍSTICA E DISTRIBUIÇÃO	5
4.2 TREINAMENTOS DA EQUIPE	5
4.3 APLICAÇÕES DAS VACINAS	6
4.4 VACINAÇÃO	7
4.4.1 CONDICIONANTES	7
4.4.2 FASE 1	7
4.4.3 FASE 2	8
4.4.4 FASE 3	8
4.4.5 FASE 4	9
5. REGISTRO DAS DOSES APLICADAS	10
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	10
7. ANEXOS	11



1. INTRODUÇÃO

O presente documento trata do plano de vacinação contra a infecção humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em Ibaiti e tem como finalidade instrumentalizar gestores públicos e equipes de saúde sobre as medidas a serem implantadas e implementadas para a operacionalização da vacinação no município, bem como explicitar à população Ibaitiense os procedimentos que serão adotados pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) no processo de vacinação.

A SMS apresenta o **Plano Municipal de Vacinação Contra a COVID-19**, como medida adicional na resposta ao enfrentamento da doença. A estratégia de vacinação adotada pelo Município seguirá as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Plano Estadual de Vacinação, com prioridade para grupos pré-definidos. Também acontecerá por etapas e fases, conforme bases técnicas, científicas, logísticas e epidemiológicas estabelecidas nacionalmente.

A imunização generalizada apresenta a melhor opção para proteger as pessoas da Covid-19 e, com o tempo, para suspender as restrições impostas à nossa sociedade para manter as pessoas seguras e saudáveis. Até que uma ampla imunização seja alcançada, as medidas de saúde pública continuarão a ser essencial para minimizar a disseminação da Covid-19 no Município e, assim, preservar vidas.

2. IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO: Ibaiti / PR		19ª REGIONAL DE SAÚDE	
ENDEREÇO SMS: Avenida Drª Fernandina Amaral Gentile, s/n - Centro			
FUNÇÃO	CONTATO		
	NOME	TELEFONE	EMAIL
Secretário Municipal de Saúde	Leandro Moreira dos Reis	(43)99685-4612	semusa@ibaiti.pr.gov.br
Responsável Vigilância Epidemiológica	Vanderleya Silva Medeiros	(43)99965-1715	vandse@hotmail.com
Responsável Vigilância Sanitária	Shirley Abadia Nascimento Ferreira	(43)99105-7397	sanf_veti@fotmail.com
Responsável Atenção Primária	Amabily da Silva Laverde	(43)99961-3739	amabilylaverde@gmail.com



Coordenador Imunização	Juliana Almeida	(43)99187-6211	ju.almeida78@hotmail.com. br
-----------------------------------	-----------------	----------------	---------------------------------

3. FARMACOVIGILÂNCIA

O desenvolvimento das vacinas mostrou-se uma das mais bem-sucedidas e rentáveis medidas de saúde pública, no sentido de prevenir doenças e salvar vidas. Desde a última metade do século 20, doenças que antes eram muito comuns tornaram-se raras no mundo desenvolvido, devido principalmente à imunização generalizada. Ressalta-se que, embora nenhuma vacina esteja totalmente livre de provocar eventos adversos, os riscos de complicações graves causadas pelas vacinas são muito menores do que os das doenças contra as quais conferem proteção.

Também conhecida como vigilância pós-comercialização a Farmacovigilância tem como objetivo realizar a coleta de informações sobre eventos adversos causados pelos medicamentos e pelas vacinas, e sua análise cuidadosa serve para verificar a causalidade em relação ao produto administrado, com posterior divulgação das informações, incluindo incidência e gravidade das reações observadas.

Todos os eventos adversos pós-vacinação e erros de imunização devem ser notificados e acompanhados de forma oportuna para que todas as medidas de intervenção possam ser adotadas de forma a evitar danos à saúde do vacinado, à credibilidade do processo de vacinação e à preservação da equipe de saúde.

Todas as pessoas vacinadas receberão orientação durante a aplicação sobre os possíveis eventos adversos e serão orientadas a ligarem na UBS Central (43)3546-7400 ou procurarem as Unidades Básicas de Saúde para registrarem qualquer evento adverso percebido.

Será estruturado um ambulatório exclusivo para o atendimento de ocorrências relativas a eventos adversos, da vacina Covid-19, no Hospital de Campanha Municipal.

Os desvios de qualidade das vacinas e insumos deverão ser acompanhados pelas equipes de Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária e Epidemiológica), que realizarão a notificação nos sistemas de informação pertinentes, e-SUS Notifica e VIGIMED.



O monitoramento dos eventos pós-vacinação seguirá o disposto no Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV), elaborado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Anvisa, específico para vigilância dos eventos adversos decorrentes da vacinação contra a COVID-19.

4. OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO

4.1 LOGÍSTICA E DISTRIBUIÇÃO

O recebimento, armazenamento e distribuição das vacinas e outros insumos para a imunização será de responsabilidade da Rede de Frio Municipal, sediada da UBS Central do Município, que deverá seguir as boas práticas de armazenamento e distribuição de acordo com o Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e demais legislações sanitárias vigentes.

A distribuição deverá garantir a rastreabilidade das vacinas e insumos, desta forma os registros nos sistemas de informação (prontuário eletrônico e SIPNI - Covid) deverão ser adequados e oportunos. O transporte das vacinas deve seguir as boas práticas de distribuição e durante todo o trajeto até as salas de vacinação deverá ocorrer o monitoramento constante da temperatura de acordo procedimentos operacionais padrão (POP) e orientações do fabricante da vacina.

4.2 TREINAMENTOS DA EQUIPE

As equipes passarão por treinamento sobre as boas práticas de aplicação de vacinas (conservação, diluição e aplicação, registros consistentes, efeitos adversos, entre outros).

Tendo em vista que a equipe responsável pela vacinação já possui conhecimento técnico para o serviço, será realizada uma reunião da equipe a fim de repassar o informe técnico que será enviado pelo MS e SESA, tendo em vista a informação da equipe quanto às diretrizes vigentes na campanha contra o Covid-19.

Para vacinação dos acamados, Instituições de longa permanência para idosos (asilos), haverá a formação de equipes volantes que também serão capacitadas e deverão possuir uma rota pré-definida para a vacinação, otimizando os recursos. Para essa abordagem também poderá ser utilizada a equipe ACSs para a busca ativa da população alvo.



4.3 APLICAÇÕES DAS VACINAS

A aplicação das vacinas estará baseada no Informe Técnico da Secretaria Municipal da Saúde, complementado pelas orientações da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) e Ministério da Saúde / PNI, no que couber, bem como, no Manual de Boas Práticas de Vacinação e nos protocolos de controle de infecção e precauções universais da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

As salas de vacinação devem dispor de refrigerador adequado e/ou caixas térmicas, seringas, termômetros, bobinas de gelo, entre outros insumos em quantidades suficientes para atendimento da demanda e armazenamento adequado.

Os procedimentos operacionais padrão de armazenamento, validade e conservação das vacinas e demais insumos, da limpeza e higienização da sala, do monitoramento equipamentos e do registro das informações devem estar acessíveis à equipe e com conhecimento disseminado entre todos os profissionais responsáveis pela aplicação da vacina.

Antes da vacinação devem ser observados os fatores relacionados ao usuário que irá receber a vacina, como idade, situação de saúde (comorbidades preexistentes), gestação, critérios de precaução e contraindicações da vacina, uso de medicamentos e outros tratamentos e eventos adversos pós-vacinação ocorridos em situações anteriores. O registro da dose aplicada deve seguir os critérios padronizados pela Secretaria Municipal da Saúde.

Nas ações de vacinação extramuros, as medidas de precaução e cuidado com as vacinas e demais insumos devem ser intensificadas de forma a minimizar perdas de Imunobiológicos e riscos à saúde da população.

Os locais destinados à aplicação das vacinas Covid-19, no município, neste momento será na sede do Centro de Saúde Municipal localizado na Avenida Dr^a Fernandina do Amaral Gentile, s/n, centro, visando à facilidade de acesso da população e a logística para o abastecimento de insumos, podendo ser alterada para área externa e ampla afim de atender demanda maior.

Haverá serviço drive thru nos finais de semana para atender a população idosa do município.

Os locais para aplicação das vacinas poderão ser alterados a depender da demanda e disponibilidade de doses recebidas.



4.4 VACINAÇÃO

Considerando que não existe ampla disponibilidade das vacinas no mercado mundial, o que acontecerá de forma gradativa, a estratégia da imunização está focada na redução da morbimortalidade decorrente da Covid-19. Assim, uma abordagem em fases está sendo preparada para a entrega, a qual prioriza os cidadãos que precisam de acesso precoce à vacina. Os condicionantes para a operacionalização do Plano de Vacinação Covid-19 e as fases a serem observadas estão descritos abaixo.

4.4.1 Condicionantes

Os condicionantes que determinarão o avanço das fases de operacionalização do Plano de Vacinação Covid-19 são:

- Orientações do Ministério da Saúde do Brasil;
- Quantidades de doses de vacinas e insumos disponibilizados ao Município de Ibaíti;
- Garantia de quantidade de vacinas e insumos suficientes para administração da segunda dose;
- Aprazamento entre primeira e segunda dose, conforme especificação de cada fabricante;
- Adesão da população à vacinação.

4.4.2 Fase 1

INSERÇÃO	GRUPO PRIORITÁRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA*	ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO
Instituições de longa permanência para idosos	Trabalhadores e moradores	65	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
Hospitais de referência ao atendimento da Covid-19 e UPA	Equipes que trabalham nos setores que atendem COVID	124	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
SAMU	Equipes que trabalham nos setores que atendem COVID	19	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio



UBS Municipais outros setores dos Hospitais que atendem COVID e UPAs	Trabalhadores de saúde	200	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
Consultórios e similares	Profissionais de saúde autônomos	150	Trabalhadores devem procurar o centro de vacinação
Laboratórios análises clínicas	Profissionais de saúde autônomos	50	Trabalhadores devem procurar o centro de vacinação
Idosos maiores de 75 anos	Grupo de risco	1343	Vacinação realizada através de Drive Thru
Trabalhador de segurança pública	Servidores	85	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
TOTAL		1810	

Observação: Embora os profissionais de segurança, limpeza não estejam elencados nos grupos prioritários do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, elaborado pelo Ministério da Saúde, o Município de Ibaíti mobilizará esforços a fim de incluir estes profissionais na Fase 1.

4.4.3 Fase 2

População com vulnerabilidades relativas à faixa etária, conforme o plano estadual.

INSERÇÃO	GRUPO PRIORITÁRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA*	ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO
População de 60 a 74 anos	Grupo de risco	3525	Vacinação realizada através de Drive Thru

4.4.4 Fase 3

População com vulnerabilidades decorrentes de comorbidades e condição social.

INSERÇÃO	GRUPO PRIORITÁRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA*	ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO
Cardiopatas graves			População deverá procurar o centro de referencia para
Diabéticos			
Hipertensos			



Obesos (IMC \geq 40)	Por idade, de forma decrescente.	3014	vacinação, conforme estabelecido pelo Município.
Portadores de doenças neurológicas			*será necessário prescrição médica especificando o motivo da indicação da vacina. Conforme o modelo em anexo.
Portadores de pneumopatias graves			
Pessoas com deficiências permanentes e severas			
Portadores de Neoplasias			
Imunossuprimidos e transplantados			
População em situação de rua	Grupo de risco	10	Encaminhados pela Assistência Social do município.
Gestantes e puerperas até 45 dias pós-parto	Iniciando pelas de alto risco	341	Apresentar carteira de gestante, e autorização do obstetra.
Síndrome de Down	Acima de 18 anos	Aguardando dados da APAE	Apresentar atestado médico conforme anexo.
Doença renal crônica em diálise	Acima de 18 anos	20	Cadastrado e em tratamento clínicas de diálise.

4.4.5 Fase 4

Trabalhadores essenciais

INSERÇÃO	GRUPO PRIORITÁRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA*	ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO
Profissional da limpeza pública	Serviço essencial	45	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
Profissional da segurança pública*	Serviço essencial	85	População deverá procurar o centro de referência para vacinação
Motoristas e cobradores	Serviço essencial	145	População deverá procurar o centro de referência para vacinação



Professores	Serviço essencial	481	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
Taxistas e motoristas de transporte por aplicativo	Serviço essencial	30	População deverá procurar o centro de referencia para vacinação
População privada de liberdade	Fator de risco	82	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio

*Observação será necessária comprovação de registro.

5. REGISTROS DAS DOSES APLICADAS

Todas as doses de vacinas aplicadas deverão ser registradas no prontuário eletrônico SI-PNI Covid, de forma nominal, com a finalidade identificar as pessoas vacinadas, garantir a rastreabilidade dos imunobiológicos utilizados e monitorar as coberturas vacinais. Ainda, todas as pessoas vacinadas deverão receber carteira de vacinação com dados completos, conforme a legislação vigente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma resposta acerca da vacinação contra a Covid-19 está em andamento no Município de Ibaiti. O Poder Executivo Municipal está empenhado em trabalhar mantendo consonância com as diretrizes do Governo Federal e Governo do Estado do Paraná, bem como em manter os ibaitienses informados durante toda a operacionalização do presente plano.

Enfrentar a ameaça da infecção humana pelo novo Corona vírus (Covid-19) é uma responsabilidade compartilhada. Cada um de nós possui papel essencial a desempenhar para salvar vidas e proteger os meios de subsistência.



Leandro Moreira dos Reis
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 020 de 05/01/2021

IBAITI, 19 DE JANEIRO DE 2021.



Juliane Cristina Noveli Gimenez
Tec. Enfermagem Rede de Frio.

**7. ANEXOS****7.1****Questionário Eventos Adversos Pós Vacina COVID-19****Dados do paciente****Nome completo:****Cartão SUS:**

DN: ____/____/____

Idade:

CPF:

Sexo: () M () F

Raça:

Nome da mãe:**Endereço:****Nº****Bairro****Telefone:****Dados da vacina****Data aplicação:** ____/____/____**Dose:****Laboratório:****Lote:****Via de administração:****Local de aplicação:****Responsável pela aplicação:****Estabelecimento de saúde:****Manifestações Locais****Marque as manifestações após vacinação:**

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dor | <input type="checkbox"/> Coceira local |
| <input type="checkbox"/> Enduração | <input type="checkbox"/> Edema |
| <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Ulcera / ferida |
| <input type="checkbox"/> Vermelhidão | <input type="checkbox"/> Outros especificar _____ |

Iniciou em: ____/____/____**Quanto tempo após a vacinação:****Continua com sintomas:**

Terminou em: ____/____/____

() sim

() não

Manifestações sistêmicas**Marque as manifestações após vacinação:**

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febre ____°C | <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Tosse |
| <input type="checkbox"/> Fadiga | <input type="checkbox"/> Desmaio | <input type="checkbox"/> Rouquidão |
| <input type="checkbox"/> Dor ou inchaço nas articulações | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Dor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Coceira generalizada | <input type="checkbox"/> Choro persistente (>3 horas) | <input type="checkbox"/> Icterícia |
| <input type="checkbox"/> Linfonodos | <input type="checkbox"/> Calafrio | <input type="checkbox"/> Convulsão |
| | <input type="checkbox"/> Cefaleia | <input type="checkbox"/> Fraqueza |
| | | <input type="checkbox"/> Irritabilidade |



- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Falta de ar | <input type="checkbox"/> Perda de apetite | <input type="checkbox"/> Mal estar |
| <input type="checkbox"/> Coriza | <input type="checkbox"/> Manchas | <input type="checkbox"/> Dificuldade de |
| <input type="checkbox"/> Alteração de | vermelhas ou | deambular |
| paladar / olfato | bolhas no corpo | <input type="checkbox"/> Alteração na |
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Palidez ou cianose | pressão arterial |
| <input type="checkbox"/> Sangramento | <input type="checkbox"/> Espirros | <input type="checkbox"/> Alteração batimento |
| (pele, nariz, | <input type="checkbox"/> Dor de garganta | cardíaco |
| gengiva, nariz, | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Outros especificar |
| olho, urina, etc) | <input type="checkbox"/> Sonolência | _____ |

Iniciou em: ____/____/____

Quanto tempo após a vacinação:

Continua com sintomas:

Terminou em: ____/____/____

() sim

() não

Atendimento

Procurou atendimento médico no aparecimento da manifestação?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se lembra |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|

Onde procurou atendimento?

- | | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sala de vacina | <input type="checkbox"/> Hospital de | <input type="checkbox"/> UPA |
| | campanha | |
| <input type="checkbox"/> UBS | <input type="checkbox"/> Consultório particular | <input type="checkbox"/> Outro |

Gravidade do atendimento

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alta | <input type="checkbox"/> Observação por ate 24 horas | <input type="checkbox"/> Internação por mais de 24 horas |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

Condições de risco a COVID-19 e outras situações de saúde

Marque condições e situações de risco:

- Gestante
- Doença cardíaca
- Doença pulmonar grave
- Imunodeprimidos
- Doença renal crônica
- Doença hepática
- Diabéticas
- Obesidade
- Outras especificar: _____

**7.2****TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO**

Eu, _____

Matricula: _____ Lotado no (a) _____

função de _____ CPF _____

Na data ____/____/_____, declaro está ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarei exposto por esta RECUSA da(s) vacina contra a Covid-19.

Na qual fui orientado (a) por este serviço a realizar em função das atividades desempenhadas neste estabelecimento de saúde, sendo que por minha responsabilidade estou deixando de ser imunizado. Desta forma, isento este serviço, bem como o órgão de lotação de quaisquer problemas que a falta de imunização possa vir a trazer para minha saúde ocupacional.

Ibaiti, ____/____/_____

Assinatura Área Técnica

Assinatura do Servidor

**7.3****DECLARAÇÃO DE VERACIDADE**

Eu, _____,
portador (a) da carteira de identidade nº _____, inscrito (a) no
CPF nº _____, residente e domiciliada (o) no endereço:

DECLARO, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e documentos prestados que apresento para a vacinação contra o Covid-19, são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade).

Fico ciente por meio deste documento, que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no art. 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei.

Ibaiti, ____/____/2021.

Assinatura

**7.4 MODELO DECLARAÇÃO PROFISSIONAIS DE SAUDE REDE PARTICULAR****LOGO DA EMPRESA****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, a quem possa interessar que NOME COMPLETO DO FUNCIONARIO, inscrito do CPF 000.000.000-00, portador do RG nº 0.000.00-0, ocupa o cargo de xxxxxxxxxxxx na empresa xxxxxxxxxxxx, inscrita no CNPJ 00.000.000/000-75, desde 00/00/0000.

Por ser expressão da verdade, assino o presente.

Ibaíti, 00 janeiro de 2021.

Nome completo do responsável.
CPF
(ASSINATURA E CARIMBO)

Obs.: A declaração de ser digitada, acompanhada do xerox da carteira de trabalho ou carteira do conselho de classe.



7.5 MODELO ATESTADO PARA COMORBIDADES



Declaração Médica de Condições Prioritárias Para Vacinação Contra a COVID-19

Declaro que o (a) Senhor (a) _____, inscrito no CPF _____ é portador de condições prioritárias para vacinação contra Covid-19 assinalada a seguir, conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacina Contra Covid-19, 5ª edição do Ministério da Saúde. (CGPNI/DEVIT/SVS/MS, 15/03/2021).

Assinale a condição / comorbidade prioritária	Descrição	CID - 10	
()	Diabetes Mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes	E . 10-14
()	Pneumopatia crônica grave	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)	J. 40-44 J. 63 P.27 J. 45
()	Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR: Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos.	I.10 - 15
()	Hipertensão Arterial Estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade	I.10 - 15
()	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	I.10 - 15
()	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	I.20 - 28
()	Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária	I.20 - 28
()	Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)	I.20 - 28
()	Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)	I.20 - 28
()	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)	I.34 - 50
()	Miocardopatias e Pericardiopatias	Miocardopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática	I. 34 - 50
()	Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas.	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos	I. 34 - 50
()	Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)	I. 34 - 50
()	Cardiopatias congênitas no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.	I. 34 - 50
()	Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)	Z.95

**SECRETARIA DE SAÚDE DE IBAÍTI****Combate****Covid-19**

()	Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular.	G.45 F.01 I.60-69
()	Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m2) e/ou síndrome nefrótica.	N.18 N.04
()	Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV e CD4 <350 células/mm3; 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; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.	Z.94 B.20 – 24 M.32 E.24 C.00 - 97
()	Hemoglobinopatias Graves	Doença Falciforme e Talassemia Maior	D.57
()	Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40	E.66.8
()	Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21	Q.90
()	Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C	K.74
()	Gestante e Puérperas	Mulheres gestantes em qualquer idade gestacional e Mulheres com até 45 dias pós parto entre 18 e 59 anos de idade	Z.34 – 35 Z.39
()	Pessoas com deficiência permanente	Pessoas com deficiência permanente entre 18 e 59 anos de idade	

Declaro também que o paciente acima citado está sob meus cuidados e acompanhamento, e faz uso das seguintes medicações de uso contínuo:

Em anexo copia dos exames complementares.

Declaro para fins de direito e sob as penas da lei que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas. Estou ciente que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da lei, além de configurar infração ética prevista no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.22/2018 e 2.226/2019; capítulo X, artigos 80 e 81. Por ser verdade, dou fé.

Ibaíti, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Médico / CRM (carimbo)

Eu _____, autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso nesta declaração.

Assinatura do Usuário