

À Unidade de Saúde

Conforme termo de consentimento livre e esclarecido em anexo, encaminho para vacinação a Sra _____
(gestante, puérpera ou lactante), _____anos, idade gestacional de _____semanas, portadora de _____(preencher com a(s) condição(ões) clínica(s) listada(s) na Nota técnica 01/2021 do DAPES/SAPS/Ministério da Saúde: Diabetes, Hipertensão arterial Crônica, Obesidade IMC \geq 30, Doença Cardiovascular, Asma brônquica, Transplante, Imunossupressão, Doenças renais crônicas, Doenças autoimunes).

(Assinatura do médico)