

FORMULÁRIO PADRÃO VACINA CONTRA A COVID-19

INDICAÇÃO DE DOSE ADICIONAL

PESSOAS COM ALTO GRAU DE IMUNOSSUPRESSÃO

Em conformidade com o Documento Técnico da Campanha de Vacinação Contra a covid-19/CVE/CCD do Governo do Estado de São Paulo, 22ª edição de 11/09/2021, atesto que **o paciente atende ao critério estabelecido de alto grau de imunossupressão para receber a dose adicional de vacinação contra a covid-19.**

Nome do paciente: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Nome da mãe: _____

CONSIDERA-SE PESSOAS COM ALTO GRAU DE IMUNOSSUPRESSÃO INDIVÍDUOS QUE POSSUAM:

- 1 - Imunodeficiência primária grave
- 2 - Quimioterapia para câncer
- 3 - Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras
- 4 - Pessoas vivendo com HIV/Aids
- 5 - Uso de corticoides em doses ≥ 20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥ 14 dias.
- 6 - Uso de drogas modificadoras da resposta imune consideradas para fim de elegibilidade a dose adicional da vacina para pessoas imunossuprimidas: Metotrexato; Leflunomida; Micofenolato de mofetila; Azatioprina; Ciclofosfamida; Ciclosporina; Tacrolimus; 6-mercaptopurina; Biológicos em geral (infiximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe); Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe).
- 7 - Pacientes em terapia renal substitutiva (hemodiálise)
- 8 - Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).

Campinas, ____/____/____

Assinatura e carimbo com CRM legível

**Este formulário também pode ser utilizado para versões eletrônicas com assinatura digital.*

Edição 2 em 24 set 2021