



FORMULÁRIO PARA INDICAÇÃO DE VACINA COVID-19 PARA 3ª DOSE OU DOSE DE REFORÇO PARA PESSOAS COM ALTO GRAU DE IMUNOSSUPRESSÃO

Paciente: _____ Idade: _____ anos
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ CPF: _____
Endereço: _____ Nº: _____

IMUNOSSUPRESSÕES PRIORITÁRIAS PARA VACINAÇÃO DA 3ª DOSE OU DOSE DE REFORÇO CONTRA A COVID-19

Conforme Nota Técnica nº27/2021 – SECOVID/GAB/SECOVID/MS.

- IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA GRAVE
- QUIMIOTERAPIA PARA CÂNCER
- TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃO SÓLIDO OU DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) EM USO DE DROGAS IMUNOSSUPRESSORAS
- PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS COM CD4<200 céls/mm³
- USO DE CORTICÓIDES EM DOSES >20 mg/dia DE PREDNISONA, OU EQUIVALENTE, POR > 14 dias
- PACIENTES EM HEMODIÁLISE
- PACIENTES COM DOENÇAS IMUNOMEDIADAS INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS (Reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias)
- USO DE DROGAS MODIFICADORAS DE RESPOSTA IMUNE (assinale a medicação na tabela abaixo)

TABELA DE DROGAS MODIFICADORAS DA RESPOSTA IMUNE E DOSES CONSIDERADAS IMUNOSSUPRESSORAS

<input type="checkbox"/> Metotrexato
<input type="checkbox"/> Leflunomida
<input type="checkbox"/> Micofenolato de mofetila
<input type="checkbox"/> Azatioprina
<input type="checkbox"/> Ciclofosfamida
<input type="checkbox"/> Ciclosporina
<input type="checkbox"/> Tacrolimus
<input type="checkbox"/> 6-mercaptopurina
<input type="checkbox"/> Biológicos em geral (infiximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe)
<input type="checkbox"/> Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)

Passos, _____, de _____ de _____

Médico(a) Responsável