

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CLÁUDIO -MG.
FORMULÁRIO IMUNOSSUPRESSÃO VACINA COVID-19 DOSE REFORÇO.

Nome do paciente: _____ .

CPF: _____ - _____ .

Data de nascimento: ____/____/____ idade: ____ .

IMUNOSSUPRESSÃO

DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.508 DE 03 DE SETEMBRO DE 2021.

- Assinale a comorbidade, conforme acompanhamento médico.

- I - Imunodeficiência primária grave.
- II - Quimioterapia para câncer.
- III - Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras.
- IV - Pessoas vivendo com HIV/Aids com CD4 <200 céls/mm³.
- V - Uso de corticóides em doses ≥20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥14 dias.
- VI - Uso de drogas modificadoras da resposta imune (vide tabela 1).
- VII - Pacientes em hemodiálise.
- VIII - Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).

Tabela 1: Tabela de drogas modificadoras da resposta imune e doses consideradas imunossupressoras

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)

Fonte: Calendário SBIm de vacinação - Pacientes Especiais

Carimbo/Assinatura/ Médico

Data: ____/____/____.

Eu, autorizo a registrar o diagnóstico codificado e ou por extenso nesta declaração. Por ser verdade assino a presente declaração.

Assinatura do paciente. Data: ____/____/____.