

**Formulário para Atestado Médico autorizando dose de reforço para a
vacinação contra Sars-Cov 2 para pessoas com
ALTO GRAU DE IMUNOSSUPRESSÃO**

ATESTADO MÉDICO

Eu _____ médico, CRM _____
atuando no (a) _____
localizado à _____
atesto que _____, CPF _____
é portador das comorbidades assinaladas abaixo (preencher todos os itens marcando sim ou não):

I - Imunodeficiência primária grave. () Não () Sim Tipo: _____

Medicações em uso: _____

Observações: _____

II - Quimioterapia para câncer. () Não () Sim Tipo: _____

Medicações em uso: _____

Observações: _____

**III - Transplantados de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de
drogas imunossupressoras. () Não () Sim Tipo: _____**

Medicações em uso: _____

Observações: _____

IV - Pessoas vivendo com HIV/Aids com CD4 <200 céls/mm³. () Não () Sim

Medicações em uso: _____

Observações: _____

**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). () Não () Sim**

Medicações em uso: _____

Observações: _____

VII - Pacientes em hemodiálise. () Não () Sim

Medicações em uso: _____

Observações: _____

**VIII - Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto
inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias). () Não () Sim**

Tipo: _____

Medicações em uso: _____

Observações: _____

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

ATENÇÃO: Para os indivíduos com alto grau de imunossupressão o intervalo para a dose de reforço deverá ser de 28 dias após a última dose do esquema básico.

Declaro estar ciente de que em razão da condição acima atestada por mim o paciente está apto a receber a dose de reforço da vacina Sars-Cov 2, dado seu enquadramento no Grupo Prioritário “Pessoas com alto Grau de Imunossupressão” do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, e assumo total responsabilidade pelas informações ora prestados, ficando sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal em caso de falsidade.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente:

assinatura e carimbo do médico(a)

_____, _____ de _____ de 2021.