

COMPROVANTE DE IMONOSSUPRESSÃO

Considerando que foi incluso uma dose adicional ao esquema vacinal primário da vacinação contra a COVID-19 para pessoas com alto grau de imunossupressão, segue a descrição desta população:

RUBRICA	CONDIÇÕES DE SAÚDE	ESPECIFICIDADE
	Imunodeficiência primária grave	
	Quimioterapia para câncer	
	Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras	
	Uso de corticóides	Uso de corticóides em doses ≥ 20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥ 14 dias
	Uso de drogas modificadoras da resposta imune	Metotrexato, Leflunomida, Micofenolato de mofetila, Azatioprina, Ciclofosfamida, Ciclosporina, Tacrolimus, mercaptopurina, Biológicos em geral (infiximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe), Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)
	Doenças auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias	
	Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas	

Preenchimento Médico

Atesto para fins de comprovação da necessidade de vacinação e por solicitação do(a) interessado(a), que o(a) Sr(a)é portador(a) da(s) condição(ões) de saúde por mim rubricadas.

Preenchimento por Enfermeiro da Atenção Primária a Saúde ou equipe de saúde assistente

Informo que no prontuário do pacientehá descrição da(s) comorbidade(s) por mim rubricada(s).

Assinatura do Médico/Enfermeiro com carimbo

Lajeado, ____ de _____ de 2021.