

FORMULÁRIO PADRÃO PARA INDICAÇÃO DE VACINA COVID-19

Nome do(a) paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Prontuário n°: _____ USF: _____

Dose de reforço para pessoas com alto grau de imunossupressão

- Assinale a comorbidade, conforme acompanhamento médico.
- No final do formulário, datar, assinar e carimbar (carimbo com nome e número de registro no CRM-MG)
- Este formulário também pode ser utilizado para versões eletrônicas com assinatura digital.

- Imunodeficiência primária grave
- Quimioterapia para câncer.
- Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras.
- 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 corticoides em doses ≥ 20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥ 14 dias.
- Uso de drogas modificadoras da resposta imune (vide tabela 1).
- Pacientes em hemodiálise.
- Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).

Data/Carimbo/Assinatura

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

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 SBlm de vacinação - Pacientes Especiais