

**FORMULÁRIO PADRÃO PARA INDICAÇÃO DE VACINA BIVALENTE CONTRA A COVID-19**

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Prontuário n°: \_\_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_

**Dose vacinal para pessoas com 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.

**Definição de indivíduos imunocomprometidos ou em condição de imunossupressão**

- Pessoas transplantadas de órgão sólido ou de medula óssea;
- Pessoas vivendo com HIV (PVHIV);
- Pessoas com doenças inflamatórias imunomediadas em atividade e em uso de corticoides em doses 220 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por e 14 dias;
- Crianças: doses de prednisona, ou equivalente, e 2 mg/Kg/dia por mais de 14 dias até 10 Kg;
- Pessoas em uso de imunossupressores e/ou imunobiológicos que levam à imunossupressão;
- Pessoas com erros inatos da imunidade (imunodeficiências primárias);
- Pessoas com doença renal crônica em hemodiálise;
- Pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos seis meses;
- Pessoas com neoplasias hernasológicas;

**FONTE:** Adaptado de Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 5º ed.  
Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

**Data/Carimbo/Assinatura**