

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE IMUNOSSUPRESSÃO

Eu, _____, inscrito(a) sob o CPF nº _____, portador(a) do RG nº _____, declaro, para fins de recebimento da terceira dose da vacina contra COVID-19, que sou portador da condição imunossupressora assinalada abaixo:

- imunodeficiência primária grave;
- quimioterapia para câncer;
- transportado de órgãos sólidos ou de células tronco hematopoiéticas em uso de drogas imunossupressoras;
- pessoas vivendo com HIV/AIDS com CD4 menor que 200 células/mm³;
- uso de corticoides em dose maior ou igual a 20mg/dia de prednisona ou equivalente por mais de 14 dias;
- uso de drogas modificadoras da resposta imune conforme tabela abaixo

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

- pacientes em hemodiálise;
- pacientes com doença imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, autoinflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).

*A não veracidade dos dados preenchidos neste formulário configura crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal).

Goiânia _____ de _____ de 2021.

Assinatura