

**ATESTADO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 / DOSE DE REFORÇO - Alto grau de imunossupressão**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Atesto para fins de saúde pública que o(a) paciente supracitado(a) tendo como referência a recomendação da CIB tem indicação dose de reforço da vacinação contra covid-19 considerando já ter concluído o esquema vacinal habitual indicado para o grupo, há mais de 28 dias e ter alto grau de imunossupressão por comorbidade ou uso de medicação conforme abaixo:

- Imunodeficiência primária grave;
- Quimioterapia para câncer;
- Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras;
- Pessoas vivendo com HIV/Aids com CD4 <200 céls/mm<sup>3</sup>;
- Pacientes em hemodiálise;
- Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).

**OU**

Uso de uma das seguinte drogas modificadoras da resposta imune (prazo de validade de 1 ano para as prescrições de medicamentos de uso não controlados):

:

- corticoides em doses  $\geq 20$  mg/dia de prednisona, ou equivalente, por  $\geq 14$  dias
- 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)

\_\_\_\_\_  
Nome do médico  
CRM

Local e data

