



## DECLARAÇÃO DE ALTO GRAU DE IMUNOSSUPRESSÃO

Na qualidade de profissional médico, declaro, sob as penas da lei, que o(a) Sr.(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador do CPF: \_\_\_\_\_, é portador de alto grau de imunossupressão, abaixo assinalada e, portanto, se enquadra no grupo prioritário para receber a TERCEIRA dose da vacinação contra a COVID-19, conforme previsto nos Planos Vacinais Nacional, Estadual e Municipal de Vacinação contra a COVID-19 e na Nota Técnica 27/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS de 26 de agosto de 2021.

- 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>;
- Uso de corticoides em doses  $\geq$  20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por  $\geq$  14 dias;
- Uso de drogas modificadoras da resposta imune (assinalar **tabela 1 abaixo**);
- Pacientes em hemodiálise;
- Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Metotrexato              | <input type="checkbox"/> Tacrolimus   |
| <input type="checkbox"/> Leflunomida              | <input type="checkbox"/> 6-mercaptopurina   |
| <input type="checkbox"/> Micofenolato de mofetila | <input type="checkbox"/> Biológicos em geral (infiximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe) |
| <input type="checkbox"/> Azatioprina              | <input type="checkbox"/> Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)   |
| <input type="checkbox"/> Ciclofosfamida           |   |
| <input type="checkbox"/> Ciclosporina             |   |

Por ser a expressão da verdade, assino a presente Declaração, estando ciente que a emissão de Declaração falsa me sujeita às penas previstas em Lei, nos aspectos cíveis, criminais e éticos, conforme Legislação e Código de Ética Médica vigentes.

Toledo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

_____ Assinatura do médico com Carimbo e CRM	_____ Assinatura do paciente
---	---------------------------------

### NÃO SERÃO ACEITAS:

- 1 - Declarações sem assinatura e carimbo ou cópia da Declaração (somente original).
- 2 - Declarações cuja imunossupressão não esteja assinalada.

**A presente Declaração será retida quando da aplicação da terceira dose vacinal para fins de averiguação.**

Conforme constante na Nota Técnica 27/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS de 26 de agosto de 2021, a terceira dose vacinal contra a COVID-19, a ser aplicada em pessoas com alto grau de imunossupressão, somente poderá ser aplicada após 28 dias ou mais da aplicação da segunda dose vacinal.