



PREFEITURA MUNICIPAL DE RUBIATABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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;
- Transplantado 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).**

Rubiataba, _____ de _____ de 20__

ASSINATURA