**ATESTADO MÉDICO PADRÃO – VACINAÇÃO COVID-19**

**EU, ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VEM SENDO ACOMPANHADO PELA CONDIÇÃO DE ALTO GRAU DE IMUNOSSUPRESSÃO ABAIXO ASSINALADA:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GRUPO DE COMORBIDADES** |
| ( ) | Imunodeficiência primária grave. |
| ( ) | Quimioterapia para câncer. |
| ( ) | Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas  (TCTH) uso de drogas imunossupressoras. |
| ( ) | Pessoas vivendo com HIV/AIDS. |
| ( ) | Uso de corticóides em doses ≥20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥14 dias. |
| ( ) | Auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias. |
| ( ) | Uso de drogas modificadoras da resposta imune (Metotrexato, Leflunomida, Micofenolato de mofetila, Azatiprina, Ciclofosfamida, Ciclosporina, Tacrolimus, 6-mercaptopurina, Biológicos em geral (infliximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe), Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe) |
| ( ) | Pacientes em hemodiálise. |
| ( ) | Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas. |

Declaro, ademais, serem verdadeiras todas as afirmações, ciente que a não veracidade poderá acarretar a instauração dos competentes processos judiciais, inclusive o crime de falsidade previsto no artigo 299 do Código Penal, referente a pena de 1 a 5 anos quando alguém: “Omitir, em documento público ou particular , declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”.

Irati, \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo com CRM/RMS

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso nesta declaração.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do usuário