|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
| **Nome do usuário:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **Idade:** | | | |  | **Data:**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| **Código da Unimed:** |  |  | | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  | |  | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Médico Solicitante:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2 – TRATAMENTO DO PROPOSTO**   |  |  | | --- | --- | | **Droga:** ( ) Botox ( ) Dysport ( ) outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diluição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso do paciente:\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **LOCAL DE REALIZAÇÃO** | | | | **COM ANESTESIA: ÂMBITO HOSPITALAR**  Necessidade de anestesia: Sedação Anestesia Geral    **COM ANESTESIA LOCAL: ÂMBITO AMBULATORIAL - UNIDADE REFERENCIADA PELA UNIMED**  **Centro de Aplicação de Medicamentos Unimed**. | | | |  | | | | | **PACIENTE APRESENTA ALGUNS DOS SEGUINTES ITENS?** | **SIM** | **NÃO** | |  |  |  | | * Doença neuromuscular associada ou da junção (P.Ex.: Dça do neurônio motor, Miastenia Gravis, Síndrome de Eaton-Lambert) |  |  | | * Está grávida ou amamentando? |  |  | | * Apresenta hipersensibilidade à toxina botulínica ou a um de seus componentes? |  |  | | * Tem possibilidade de seguimento do acompanhamento médico e de manutenção dos cuidados de reabilitação propostos? |  |  | | * Apresenta Infecção no local de aplicação? |  |  | | * Teve perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com EAM\* grau 4 ou retração tendínea? (\*Escala de Ashworth Modificada) |  |  | | * Presença provável de anticorpos contra a toxina botulínica? (com perda de resposta terapêutica, após um determinado número de aplicações, em paciente com melhora inicial) |  |  | | * Uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (P. Ex.: aminoglicosídios ou espectiomicina); |  |  |  |  | | --- | | **3 – DIAGNÓSTICO** |  |  | | --- | | **Patologia:** | |  | | **Espasticidade Hemifacial** (Preencher Item 4)  **Distonia Focal: Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Preencher Item 4)  **Espasticidade: Segmento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Preencher Item 5) |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **4 – LOCAL DE APLICAÇÃO** (Espasticidade Hemifacial ou Distonias focais)**:** | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | **MÚSCULO** | | | | **DOSE (U)** | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |   **5 – LOCAL DE APLICAÇÃO (Espasticidades):**  **Preencher quadro abaixo de acordo com a escala de Ashworth e dose em U por músculo:**   |  |  | | --- | --- | | **ESCALA DE ASHWORTH. PRACTITIONER, 192:540-42, 1964** | 0 - Tônus Muscular Normal  1 - Discreto Aumento do Tônus Muscular, Resistência Aumentada no Final Movimento da Articulação.  2 - Moderado Aumento do Tônus Muscular  3 - Aumento Acentuado do Tônus Muscular com Grande Resistência a Movimentação Passiva  4 - Rigidez Em Flexão ou Extensão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEMBROS SUPERIORES** | | | |  | **DOSE EM UNIDADES POR MÚSCULO** |
| **Músculo** | **Ação** | **Ashworth (0-4)** | |  |
| **D** | **E** |  |
| Peitoral Maior | Adução do Braço Extendido |  |  |  |  |
| Infraesopinhoso | Rotação Externa do Braço Fletido |  |  |  |  |
| Latíssimo Dorsal | Adução do Braço Fletido |  |  |  |  |
| Bíceps Braquial | Flexão do Braço Supinado |  |  |  |  |
| Braquiorradial | Flexão do Braço Semipronado |  |  |  |  |
| Pronador Redondo | Pronação do Antebraço |  |  |  |  |
| Flexor Radial do Carpo | Flexão Radial do Punho |  |  |  |  |
| Flexor Ulnar do Carpo | Flexão Ulnar do Punho |  |  |  |  |
| Flexor Superficial dos Dedos | Flexão das Falanges Médias |  |  |  |  |
| Flexor Longo do Polegar | Flexão da Falange Distal, Polegar |  |  |  |  |
| Flexor Breve do Polegar | Flexão da Falange Proximal, Polegar |  |  |  |  |
| Supinador | Supinação do Antebraço |  |  |  |  |
| Pronador Quadrado | Pronação |  |  |  |  |
| Adultor Polegar | Adução do Polegar |  |  |  |  |
|  | | | |  |  |
| **MEMBROS INFERIORES** | | | |  | **DOSE EM UNIDADES POR MÚSCULO** |
| **Músculo** | **Ação** | **Ashworth (0-4)** | |  |
| **D** | **E** |  |
| Ileopsoas | Flexão do Quadril, da Posição Semifletida |  |  |  |  |
| Glúteo Máximo | Extensão do Quadril |  |  |  |  |
| Rotadores Externos | Rotação Externa |  |  |  |  |
| Glúteo Médio | Rotação Interna do Joelho |  |  |  |  |
| Glúteo Mínimo | Rotação Interna do Joelho |  |  |  |  |
| Grácil | Flexão e Rotação Interna do Joelho |  |  |  |  |
| Semitendinoso | Flexão E Rotação Interna do Joelho |  |  |  |  |
| Semiomembranoso | Flexão E Rotação Interna do Joelho |  |  |  |  |
| Quadríceps Femoral | Extensão do Joelho |  |  |  |  |
| Gastrocnêmio | Flexão Plantar do Pé |  |  |  |  |
| Sóleo | Flexão Plantar do Pé |  |  |  |  |
| Tibial Posterior | Inversão do Pé |  |  |  |  |
| Tibial Anterior | Inversão do Pé |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Observações:** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Parecer da Regulação:** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Assinatura do Médico Solicitante: |  | Assinatura do Médico Auditor: |