|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **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 Normal1 - Discreto Aumento do Tônus Muscular, Resistência Aumentada no Final Movimento da Articulação.2 - Moderado Aumento do Tônus Muscular3 - Aumento Acentuado do Tônus Muscular com Grande Resistência a Movimentação Passiva4 - 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: |