



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																					
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 Características clínicas e evolução da doença: _____ _____ _____ _____ 2.2 DIAGNÓSTICO/AVALIAÇÃO (PREENCHER ABAIXO): • Forma de distonia apresentada pelo(a) paciente: ☐ Blefaroespasma ☐ Distonia oromandibular ☐ Distonia laríngea ou disfonia espasmódica ☐ Distonia cervical ☐ Distonia de membro ☐ Distonias segmentares ☐ Espasmo hemifacial																					
3	<u>INFORMAR SE PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</u> <table border="0"><tr><td>Hipersensibilidade à TBA ou a um de seus componentes</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Gravidez</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Amamentação</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Doença neuromuscular associada (por exemplo, doenças do neurônio motor, miastenia grave)</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Uso concomitante de potencializador do bloqueio muscular, como aminoglicosídeo</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Presença provável de anticorpos contra TBA, definida por perda de resposta terapêutica após um determinado número de aplicações em pacientes com melhora inicial</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr></table>	Hipersensibilidade à TBA ou a um de seus componentes	SIM ☐	NÃO ☐	Gravidez	SIM ☐	NÃO ☐	Amamentação	SIM ☐	NÃO ☐	Doença neuromuscular associada (por exemplo, doenças do neurônio motor, miastenia grave)	SIM ☐	NÃO ☐	Uso concomitante de potencializador do bloqueio muscular, como aminoglicosídeo	SIM ☐	NÃO ☐	Presença provável de anticorpos contra TBA, definida por perda de resposta terapêutica após um determinado número de aplicações em pacientes com melhora inicial	SIM ☐	NÃO ☐	Perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea	SIM ☐	NÃO ☐
Hipersensibilidade à TBA ou a um de seus componentes	SIM ☐	NÃO ☐																				
Gravidez	SIM ☐	NÃO ☐																				
Amamentação	SIM ☐	NÃO ☐																				
Doença neuromuscular associada (por exemplo, doenças do neurônio motor, miastenia grave)	SIM ☐	NÃO ☐																				
Uso concomitante de potencializador do bloqueio muscular, como aminoglicosídeo	SIM ☐	NÃO ☐																				
Presença provável de anticorpos contra TBA, definida por perda de resposta terapêutica após um determinado número de aplicações em pacientes com melhora inicial	SIM ☐	NÃO ☐																				
Perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea	SIM ☐	NÃO ☐																				
4	TRATAMENTO PRESCRITO E OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____																					
5	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																					



PLANEJAMENTO DE APLICAÇÕES TBA – DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

Nome civil do(a) paciente: _____ Idade: _____

Nome social do(a) paciente: _____

Diagnóstico: _____ CID-10: _____

Toxina Botulínica Tipo A: ☐ 1 (100 UI) ☐ 2 (500 UI) Quantidade frascos: _____

Intervalo entre as aplicações: _____ meses Próxima aplicação: ____/____/____

Blefaroespasma			
Músculos		Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
Dose total por olho			
Espasmo hemifacial			
Músculos		Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
Dose total prescrita			
Distonia oromandibular			
Músculos		Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
Complexo submentoniano			
Masseter			
Dose total prescrita			
Distonia cervical			
Tipos	Músculos	Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
Tipo I: Cabeçagirando para o lado e elevação do ombro ipsilateral	Esternocleidomastoideo		
	Elevador da escápula		
	Escaleno mínimo		
	Esplênio		
	Trapézio		
Tipo II: cabeça rotada para um lado	Esternocleidomastoideo		
Tipo III: cabeça inclinada para um lado com elevação do ombro ipsilateral	Esternocleidomastoideo		
	Elevador da escápula		
	Escaleno		
	Trapézio		
Tipo IV: cabeça inclinada para trás	Esplênio bilateral		
	Trapézio		
Dose total prescrita			



Distonia de membros		
Músculos	Pontos de aplicação	Dose prescrita (U)
Flexor profundo dos dedos		
Flexor ulnar do carpo		
Flexor superficial dos dedos		
Flexor radial do carpo		
Flexor longo do polegar		
Extensor longo do polegar		
Pronador redondo		
Lumbricais/extensor do dedo índice		
Extensor comum dos dedos		
Dose total prescrita		

Observações: _____

Data: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____