



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESPASTICIDADE

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): • Escala de Ashort Modificada (EAM): ☐ Grau 0: Tônus normal; ☐ Grau 1: Leve aumento do tônus muscular, com mínima resistência no fim do movimento; ☐ Grau 1+: Leve aumento do tônus muscular, com mínima resistência em menos da metade do movimento; ☐ Grau 2: Aumento mais marcado do tônus muscular na maior parte do movimento, mas a mobilização passiva é efetuada com facilidade; ☐ Grau 3: Considerável aumento do tônus muscular, e o movimento passivo é difícil; ☐ Grau 4: Segmento afetado rígido em flexão ou extensão. • Avaliação do impacto da espasticidade: ☐ Função motora global; ☐ Dor; ☐ Desenvolvimento de contraturas; ☐ Deformidades osteomioarticulares; ☐ Autocuidados ou assistência do cuidador. 2.3 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO (informar qual o(a) paciente está inserido/realiza): ☐ Paciente está inserido em programa de reabilitação; ☐ Paciente realiza fisioterapia; ☐ Paciente realiza terapia ocupacional.



3	INFORMAR SE PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:		
	Hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA	SIM ☐	NÃO ☐
	Uso exclusivo para tratamento de espasticidade generalizada	SIM ☐	NÃO ☐
	Perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com grau 4 na EAM para o segmento a ser tratado	SIM ☐	NÃO ☐
	Doenças da junção neuromuscular (miastenia grave, Síndrome de Lambert-Eaton)	SIM ☐	NÃO ☐
	Desenvolvimento de anticorpos contra TBA	SIM ☐	NÃO ☐
	Infecção no local de aplicação	SIM ☐	NÃO ☐
	Gestante	SIM ☐	NÃO ☐
	Lactante	SIM ☐	NÃO ☐
	Uso concomitante de antibióticos aminoglicosídeos ou estreptomicina	SIM ☐	NÃO ☐
Impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e manutenção dos cuidados de reabilitação propostos	SIM ☐	NÃO ☐	
4	INFORMAR OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (SE HOUVER):		

5	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:		

6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.		
	Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico		



PLANEJAMENTO DE APLICAÇÕES TBA – ESPASTICIDADE

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: ____/____/____

Músculos dos membros superiores	Dose prescrita (U)		Número de pontos
	Direito	Esquerdo	
Grande Dorsal			
Peitoral Maior			
Redondo Maior			
Redondo Menor			
Deltóide			
Bíceps Braquial			
Tríceps Braquial			
Braquiorradial			
Pronador Redondo			
Pronador Quadrado			
Flexor Ulnar do Carpo			
Extensor do Punho			
Flexor Radial do Carpo			
Palmar Longo			
Flexor Superficial dos Dedos			
Flexor Profundo dos Dedos			
Flexor Longo do Polegar			
Oponente do Polegar			
Adutor do Polegar			
Intrínsecos da Mão			
Músculos dos membros inferiores	Dose prescrita (U)		Número de pontos
	Direito	Esquerdo	
Paravertebral Lombar			
Adutores de Quadril			
Gastrocnêmio			
Sóleo			
Glúteo Mínimo			
Adutores da Coxa			
Reto Femoral			
Isquiotibiais			
Gastrocnêmio			
Sóleo			
Tibial Posterior			
Flexor Longo dos Artelhos			
Flexor Curto dos Artelhos			
Flexor Longo do Hálux			
Flexor Curto do Hálux			



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Outros músculos	Dose prescrita (U)		Número de pontos
	Direito	Esquerdo	
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			

Observações: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura/Carimbo: _____

Atualizado em 04/02/2021