

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES de TRATAMIENTO de ESPASTICIDAD Y DISTONÍAS

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

Medico solicitante:

Nombre _____ Especialidad _____

Nº CP _____ Firma _____

Suspensión de tratamiento: No Si Fecha: ___/___/___ (Adjuntar informe médico)

Motivo: Intolerancia Indicación médica Abandono Fallecimiento Falta de respuesta

Otro: _____

Variación del tratamiento actual: No Si (Adjuntar informe médico)

¿Cambia marca de Toxina Botulínica? No Si Cual marca? _____

Motivo del cambio: Complicaciones
 Falta de respuesta
 Otro: _____

¿Cambia de dosis? ? No Si Nueva dosis (unidades) ___ ___ ___

Complicaciones del tratamiento.

Debilidad muscular Disfagia Ptosis palpebral
 Infección local Alergia Otros Especificar _____

Seguimiento pautado:

Fecha de aplicación de última dosis: ___/___/___

Controles posteriores a la última dosis:

Primer control Fecha ___/___/___

Complicaciones Si No Especificar _____
Fisioterapia Si No
Ortésis Si No

Segundo Control Fecha ___/___/___

Video registro: Si No Fecha ___/___/___ Obtenido entre la semana 3 y 8 de la dosis previa

Escala de Ashworth (Espasticidad)

MMSS	I	D
Aducción de hombro		
Flexores de antebrazo		
Flexión de mano		
Flexión de dedos		

Espasmos piramidales

Dolor

Escala visual análogica ___ __

MMII	I	D
Aducción de cadera		
Flexión de pierna		
Flexión plantar		
Aducción de pie		

Evaluación global subjetiva: Marcar el correspondiente

-2	Empeoramiento marcado del tono y de la función
-1	Empeoramiento
0	Sin cambios
1	Mejoría leve
2	Mejoría moderada, sin cambio funcional
3	Mejoría moderada del tono, con mejoría también de la función
4	Mejoría marcada del tono y de la función

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Tratamiento solicitado: Toxina Botulínica

Músculos a infiltrar

Dosis/músculo
(Unidades equivalentes a Botox®)

Dosis total solicitada	

