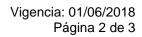
Vigencia: 01/06/2018 Página 1 de 3



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
Segundo Control Fecha//
Video registro: ☐ Si ☐ No Fecha//_ Obtenido entre la semana 3 y 8 de la dosis previa





Escala	de	Ashworth	(Es	pasticidad)
			-	

MMSS	l	D
Aducción de hombro		
Flexores de antebrazo		
Flexión de mano		
Flexión de dedos		
	-	•

☐ Espasmos piramidales	
☐ Dolor	
Escala visual análogica	_

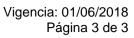
MMII	I	D
Aducción de cadera		
Flexión de pierna		
Flexión plantar		
Aducción de pie		

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	





Consideraciones que juzgue relevantes:	
	_
	-
	-
	-
	-
	-
	-
	-
	-