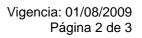
Vigencia: 01/08/2009 Página 1 de 3



Formulario de solicitud de inicio de TRATAMIENTO de ESPASTICIDAD Y DISTONÍAS

| Fecha de solicitud :// | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Nombre del paciente | C.I | | | |
| Edad: años Sexo: □ Femenino □ Masc | ulino Institución de origen | | | |
| Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal. | | | | |
| MEDICO SOLICITANTE: | | | | |
| Nombre | Especialidad | | | |
| Nº de caja profesional | Firma | | | |
| <u>DIAGNÓSTICO</u> | | | | |
| □ Espasticidad | □ Distonía | | | |
| Diagnóstico etiológico | Tipo de distonía | | | |
| □ ACV □ TEC □ Enfermedad desmielinizante □ Lesión medular traumática □ Parálisis cerebral infantil □ Otro Especificar | □ Distonía cervical □ Blefaroespasmo □ Espasmo hemifacial □ Distonía focal de MS □ Otra distonía Especificar | | | |
| Fecha de inicio de los síntomas:// | Fecha del diagnóstico:// | | | |
| EVALUACION Video registro (para espasticidad y distonía) No Si Fecha// Espasticidad- Escala de Ashworth | | | | |
| MMSS I D | MMII I D | | | |
| Aducción de hombro | Aducción de cadera | | | |
| Flexores de antebrazo | Flexión de pierna | | | |
| Flexión de mano | Flexión plantar | | | |
| Flexión de dedos | Aducción de pie | | | |
| □ Espasmos piramidales□ DolorEscala visual analógica | | | | |





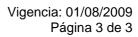
ANTECEDENTES PERSONALES

| CARDIOVASCULARES | □ No □ Si | NEFROUROLÓGICOS | □ No □ Si |
|---|-------------|--|-------------------------|
| □ Cardiopatía isquémica□ Cardiopatía valvular□ Insuficiencia cardíaca | | □ Insuficiencia renal | □ Diálisis |
| ☐ Otras Esp | | ENFERMEDAD NEOPLÁSIO | CA No Si |
| RESPIRATORIOS | □ No □ Si | ENFERMEDADES AUTOINM | ∕∕UNES □ No □ Si |
| □ Asma□ EPC□ Fibrosis pulmonar□ TBC□ Otras□ Esp. |) | INFECCIONES | □ No □ Si |
| SIQUIATRICOS | □ No □ Si | □ HIV □ Hep | patitis |
| □ Depresión □ IAE | oo Eoo | NEUROLÓGICOS | □ No □ Si |
| ☐ Psicosis ☐ Otros. Esp ENDOCRINO-METABÓLICOS ☐ No ☐ Si | | ☐ Accidente cerebro vascular☐ Enfermedades neuromuscu | |
| • | otiroidismo | OTROS | □ No □ Si |
| □ Hipertiroidismo | | ☐ Alcoholismo ☐ Consumo problemático de | <u>.</u> |

TRATAMIENTO PREVIO:

a) Tratamiento farmacológico:

| Droga | Dosis (unidades) | Desde | Hasta |
|--|-------------------------------------|-------|-------|
| Benzodiacepinas | | / | // |
| Baclofen | | // | // |
| Anticolinérgicos | | / | |
| Levo Dopa | | // | // |
| Tiapride | | // | // |
| Otro | | / | // |
| b) Fisioterapia c) Ortésis d) Cirugía e) Otros. Esp | Si □ No □ Si □ No □ Si □ No □ | | |





TRATAMIENTO SOLICITADO:

| Tratamiento solicitado: | □ Toxina Botulínica | | |
|-------------------------|---|--|--|
| Músculos a infiltrar | Dosis/músculo (Unidades equivalentes a Botox®) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Dosis total solicitada | | | |

Consideraciones que juzgue relevantes: