

## Formulario de solicitud de inicio de TRATAMIENTO de ESPASTICIDAD Y DISTONÍAS

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo:  Femenino  Masculino 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 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

Espasticidad

Distonía

#### Diagnóstico etiológico

- ACV  
 TEC  
 Enfermedad desmielinizante  
 Lesión medular traumática  
 Parálisis cerebral infantil  
 Otro Especificar \_\_\_\_\_

#### Tipo de distonía

- Distonía cervical  
 Blefaroespasmos  
 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
Aducción de hombro		
Flexores de antebrazo		
Flexión de mano		
Flexión de dedos		

- Espasmos piramidales  
 Dolor  
 Escala visual analógica \_ \_

#### MMII

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

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**CARDIOVASCULARES**       No     Si

- Cardiopatía isquémica       HTA  
 Cardiopatía valvular       Arritmia  
 Insuficiencia cardíaca       TVP  
 Otras Esp. \_\_\_\_\_

**RESPIRATORIOS**       No     Si

- Asma                               EPOC  
 Fibrosis pulmonar       TBC  
 Otras              Esp. \_\_\_\_\_

**SIQUIATRICOS**       No     Si

- Depresión                       IAE  
 Psicosis                         Otros. Esp. \_\_\_\_\_

**ENDOCRINO-METABÓLICOS**  No     Si

- Diabetes                         Hipotiroidismo  
 Hipertiroidismo

**NEFROUROLÓGICOS**       No     Si

- Insuficiencia renal       Diálisis

**ENFERMEDAD NEOPLÁSICA**  No     Si

**ENFERMEDADES AUTOINMUNES**     No     Si

**INFECCIONES**       No     Si

- HIV                               Hepatitis  
 Sífilis

**NEUROLÓGICOS**       No     Si

- Accidente cerebro vascular       Epilepsia  
 Enfermedades neuromusculares     Demencia

**OTROS**       No     Si

- Alcoholismo                       Tabaquismo  
 Consumo problemático de drogas

**TRATAMIENTO PREVIO:**

a) Tratamiento farmacológico:

Droga	Dosis (unidades)	Desde	Hasta
Benzodiazepinas		___/___/___	___/___/___
Baclofen		___/___/___	___/___/___
Anticolinérgicos		___/___/___	___/___/___
Levo Dopa		___/___/___	___/___/___
Tiapride		___/___/___	___/___/___
Otro		___/___/___	___/___/___

- b) Fisioterapia                      Si  No   
c) Ortésis                              Si  No   
d) Cirugía                              Si  No   
e) Otros.              Especificar \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO SOLICITADO:**

Tratamiento solicitado:  Toxina Botulínica

Músculos a infiltrar

Dosis/músculo  
(Unidades equivalentes a Botox®)

Dosis total solicitada	

**Consideraciones que juzgue relevantes:**