



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO – ESPASTICIDADE –
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 5 DE 22 DE MARÇO DE 2022



Relato junto à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) que o Sr.(a) _____ está em acompanhamento clínico no ambulatório do _____ sendo portador (a) de ESPASTICIDADE – CID 10: _____.

Paciente com diagnóstico de espasticidade segmentar ou focal, apresenta **TODAS** as condições abaixo:

- ☐ Comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares, devidamente informados por laudo médico;
- ☐ Inserção em programa de reabilitação ou, no mínimo, realização de fisioterapia ou terapia ocupacional que vise a manobras de manutenção da amplitude do movimento articular, treino funcional e órteses de posicionamento;
- ☐ Presença de grau 1, 1+, 2 ou 3 na Escala de Ashworth modificada (EAM);

ESCORES	ESCALA DE ASHWORTH
0 ()	Tônus Muscular normal
1 ()	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado por contração e relaxamento ou por resistência mínima no final do arco de movimento quando o segmento afetado é movido em flexão ou extensão.
1+ ()	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado por contração associado a uma resistência mínima durante o restante da ADM (menos da metade).
2 ()	Aumento mais acentuado do tônus muscular durante a maior parte da ADM, porém o segmento é movido facilmente.
3 ()	Aumento considerável do tônus muscular, o movimento passivo é realizado com dificuldade.
4 ()	O segmento afetado está rígido em flexão ou extensão.

História clínica detalhada e relato de exame físico do paciente, incluindo avaliação de espasmos musculares, postura do tronco e membros, dor, fadiga, perda de atividade funcional, perda de função passiva.



Declaro que o paciente **NÃO** apresenta: Hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de toxina botulínica tipo A (TBA) **OU** Uso exclusivo para tratamento de espasticidade generalizada **OU** Perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com grau 4 na EAM para o segmento a ser tratado **OU** Doenças da junção neuromuscular (por exemplo, miastenia grave, síndrome de Lambert-Eaton, etc) **OU** Desenvolvimento de anticorpos contra TBA **OU** Infecção no local de aplicação **OU** Gestação ou amamentação **OU** Uso concomitante de antibióticos aminoglicosídeos **OU** Impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e manutenção dos cuidados de reabilitação propostos.

Brasília/DF, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura e carimbo do médico assistente