

<b>Cliente:</b>
<b>Código:</b>
<b>Médico Solicitante:</b>
<b>Local da realização / Prestador:</b>

**CID-10:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Escala Ashworth:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Padrão Espasticidade:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Objetivo / Meta:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Uso de Eletroneuroestimulador:**      **Sim ( )**                      **Não ( )**

**Toxina Botulínica Tipo A**

<b>Músculo a ser injetado:</b>	<b>Dose referência</b>	<b>Dose solicitada</b>	<b>Thenar muscles</b>	<b>3-8</b>	
Pectoralis magnus	25-100		Psoas	100-200	
Deltóide	25-100		Quadríceps	100-200	
Bíceps brachii	50-100		Adutores do quadril	200-400	
Brachioradialis	25-75		Tibialis anterior	25-75	
Brachialis	25-50		Tibialis posterior	50-150	
Flexor carpi radialis	10-50		Fibularis	50-150	
Flexor carpi ulnaris	10-50		Gastrocnemius	50-200	
Flexor digitorum	10-50		Soleus	25-75	
Flexor pollicis longus	8-15		Flexor digitorum longus	50-100	
Abductor pollicis	5-15		Flexor digitorum brevis	25-75	

\_\_\_\_\_  
**Médico solicitante**

**Espaço reservado para Auditoria Médica:**

( ) Autorizado	<b>Obs:</b> _____
( ) Negado	_____
_____	
_____	<b>Data:</b> ____ / ____ / ____
<b>Auditor Médico</b>	