



**Formulário de acesso ao medicamento para Espasticidade**  
**PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 29 DE MAIO DE 2017.**  
**ESPASTICIDADE**

Nome do Paciente: _____	Idade: _____
Cartão Nacional de Saúde: _____	
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: _____

**1. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)**

**1-Selecionar em qual o CID o paciente se enquadra:**

- G04.1 Paraplegia espástica tropical
- G80.0 Paralisia cerebral espástica
- G80.1 Diplegia espástica
- G80.2 Hemiplegia infantil
- G81.1 Hemiplegia espástica
- G82.1 Paraplegia espástica
- G82.4 Tetraplegia espástica
- I69.0 Sequelas de hemorragia subaracnoidea
- I69.1 Sequelas de hemorragia intracerebral
- I69.2 Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas
- I69.3 Sequelas de infarto cerebral
- I69.4 Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I69.8 Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas
- T90.5 Sequelas de traumatismo intracraniano
- T90.8 Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça

**2. Em qual seguimento da Escala de Ashworth modificada (EAM) o paciente se enquadra:**

- Tônus normal(0);
- Leve aumento do tônus muscular, com mínima resistência no fim do movimento (1) ;
- Leve aumento do tônus muscular, com mínima resistência em menos da metade do movimento (1+) ;
- Aumento mais marcado do tônus muscular na maior parte do movimento, mas a mobilização passiva é efetuada com facilidade (2)
- Considerável aumento do tônus muscular, e o movimento passivo é difícil(3)
- Segmento afetado rígido em flexão ou extensão(4)

**3. O paciente apresenta as condições a seguir?**

- Pacientes com espasticidade segmentar ou focal que apresentarem todas as condições abaixo:
- Um dos diagnósticos codificados no item 2;
- Grau 1, 1+, 2 ou 3 na EAM;
- Comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteo musculoesquelares, devidamente informados por laudo médico; e
- Inserção em programa de reabilitação ou, no mínimo, realização de fisioterapia ou terapia ocupacional



**4. Confirmo que o paciente em questão não apresenta as situações abaixo listadas que são consideradas critérios de exclusão do PCDT de espasticidade:**

- \* hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA;
- \* uso exclusivo para tratamento de espasticidade generalizada;
- \* perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com grau 4 na EAM para o segmento a ser tratado;
  - \* doenças da junção neuromuscular (miastenia grave, síndrome de Lambert-Eaton);
  - \* desenvolvimento de anticorpos contra TBA;
- \* infecção no local de aplicação;
- \* gestação ou amamentação; - uso concomitante de antibióticos aminoglicosídeos ou espectinomicina; ou
- \* impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e manutenção dos cuidados de reabilitação propostos.

---

Assinatura do médico assistente e carimbo