附表三十五：成人中風後之手臂或下肢痙攣

肉毒桿菌素再次申請治療效果評估表

姓名_____病歷號碼_____ 一年施打總劑量： 手臂_____units, 下肢_____units

注射部位 □左側 □右側 □上肢 □下肢 注射藥物 □ Botox □ Dysport

	Clinical Pattern	Potential Muscle involved	Modified Ashworth Scale (注射相關部位必填)	ROM (R1/R2) (依需要填寫)		是否改善		擬注射劑量 (units)
				Initial Angle	Review Angle	是	否	
Upper Limb	Adducted/ Internally Rotated Shoulder	Pectoralis complex						
		Latissimus dorsi						
		Teres major						
		Subscapularis						
	Flexed Elbow	Brachioradialis						
		Biceps						
		Brachialis						
	Pronated Forearm	Pronator quadratus						
		Pronator teres						
	Flexed Wrist	Flexor carpi radialis						
		Flexor carpi ulnaris						
	Thumb-in -Palm	Flexor pollicis longus						
		Adductor pollicis						
		Flexor pollicis brevis/ opponens						
	Clenched Fist	Flexor digitorum superficialis (per fascicle)						
		Flexor digitorum profundus (per fascicle)						
	Intrinsic plus hand	Lumbricales/interossei (per lumbrical)						
	Others							
Lower Limb	Equinovarus Foot	Gastrocnemius medial/lateral						
		Soleus						
		Tibialis posterior						
		Flexor digitorum longus						
		Flexor hallucis longus						
	Others							

以下條件均須為是:

□ 腦中風經藥物/復健治療六個月後，仍有手臂痙攣或腦中風經藥物/復健治療三個月後，仍有下肢痙攣

□ 已排除意識不清且合併臥床

□ 已排除手部或下肢注射部位呈現明顯不可逆攣縮肌肉或固定關節

以下條件任一符合:

□ 改善病患清潔 □ 降低輔具穿戴困難度 □ 減低肢體痙攣所致之疼痛 □ 改善關節活動度或活動能力

□ 其他因肉毒桿菌素注射所改善之功能，如:_____

Additional Comments :

主治醫師： 日期：_____年_____月_____日