



**PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION TERAPEUTICA DE LA IGF-1 RECOMBINANTE**

**1. DATOS DE IDENTIFICACION**

1.1. Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AA).....

1.2. Sexo Masculino:  ..... Sexo Femenino:  ..... Distrito postal donde reside .....

**2. ANTECEDENTES FAMILIARES**

2.1. Talla del padre (en cm.) (medida por el médico) .....     ,

2.2. Talla de la madre (en cm.) (medida por el médico) .....     ,

2.3. Edad menarquia de la madre (años) .....

2.4. País de origen padre biológico \_\_\_\_\_ País de origen madre biológica \_\_\_\_\_

**3. DATOS NEONATALES**

3.1. Tiempo de gestación (especificar semanas): .....

3.2. Peso al nacer (en gramos) .....

3.3. Longitud al nacer (en cm.) .....    ,

3.4. Embarazo múltiple SI  NO  En caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

**4. ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS**

	Ha recibido	Está recibiendo	No ha recibido
4.1. Tiroxina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Glucocorticoides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Hormonas sexuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Análogos de GnRH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. Otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(En este último caso, especifique)..... \_\_\_\_\_

**5. CARACTERISTICAS DEL RETRASO**

5.1. Edad observación del retraso (AA/MM).....

5.2. Observado por: Seguimiento del médico  ..... Manifestación padres

5.3. Patología asociada SI  NO  especifique \_\_\_\_\_  
 Edad de comienzo (AA/MM).....     Edad de curación (AA/MM)....

Tratamiento recibido \_\_\_\_\_

5.4. ¿Hay otras características del retraso interesantes? SI  NO

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

**6. DATOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON IGF-1 RECOMBINANTE (estos datos no serán anteriores en más de 6 meses a la fecha de envío de este protocolo)**

6.1. DATOS AUXOLOGICOS:

6.1.1. Exploración:

Fecha de la exploración (DD/MM/AA) .....

Edad cronológica (AA/MM).....

Peso en gramos .....

Talla en cm. ....     ,

DE ..... -  ,

Edad ósea (AA/MM) .....   ,

Método: Greulich & Pyle  ..... TW2 (RUS)  ..... Otro (especifique)  \_\_\_\_\_

**INICIO DEL TRATAMIENTO CON IGF-1 RECOMBINANTE**

6.1.2. Predicción talla adulta (cm.).....    ,

Método: Bayley Pinneau  ..... TW2 (RUS)  ..... Otro (especifique)  \_\_\_\_\_

6.1.3. Talla Diana o Genética .....    ,

6.1.4. Velocidad de crecimiento (aportar gráfica):

Fecha (meses/años)	Talla (cm.)	Velocidad (cm/año)
<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

6.2. SIGNOS PUBERALES:

Edad de aparición (AA) .....

6.2.1. Mujeres:

Menarquia. SI  NO

Estadio desarrollo mamario (M1, M2, M3, M4, M5).....

6.2.2. Hombres:

Volumen testículo mayor (c.c.) .....

**7. DETERMINACIONES ANALITICAS EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO (cumplimentar el apartado correspondiente)**

7.1. Determinación de Hormona de Crecimiento: (un test de estímulo farmacológico)

Especificar test \_\_\_\_\_

Basal   ,       pico máximo (ng/ml)   ,       fecha (mm/aa)   ,

7.2. T<sub>4</sub> libre (ng/dl)   ,       IGF-1 (ng/ml)    ,       IGFBP3 (ng/ml)     ,

7.3. Test de generación de IGF-1 (ng/ml)

7.4. Dosis utilizada HC mg/día        IGF-1 basal    ,       Pico 5 días    ,

7.5. Estudio de genética molecular

Adjuntar fotocopia del informe.....

**7. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS**

---



---



---



---