



Nº _____

PROTOCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS

HOJA DE FILIACION

1. DATOS DEL PACIENTE:

NUMERO DE LA S.S.: /

Primer Apellido: _____ Fecha de nacimiento: , ,

Segundo Apellido: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Cod. Postal: _____ Nº de historia clínica _____

2. HOSPITAL: _____ Dirección: _____

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado Nº:
Teléfono:	Correo electrónico:	

FIRMA DEL MEDICO QUE HACE LA PROPUESTA: _____ Fecha: , ,

3. CONCLUSIONES: (Este apartado deberá cumplimentarlo la Administración)

1 = Petición aceptada _____	2 = Petición denegada _____	Fecha: ____, ____, _____
Dosificación recomendada mg/día:		

<p>Motivos de denegación</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Observaciones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

EL COMITÉ ASESOR

• El Nº será asignado en la Secretaría del Comité Asesor.
• Datos regulados por Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Fichero regulado por Orden Ministerio de Sanidad y Consumo de 21/06/1994.

PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION TERAPEUTICA DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO

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..... (En este último caso, especifique).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. CARACTERISTICAS DEL RETRASO

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

5.2. Observado por: Seguimiento del médico Manifestación padres

5.3. En caso de Crecimiento intrauterino retardado¹ (C.I.R.):

	Edad (años/meses)	Longitud/talla	Peso
0 a 2 años	<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"/>
2 a 4 años	<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"/>

5.4. Morfología: Proporcional Dismórfica

5.5. Etiología: Idiopática Orgánica adquirida Genética Otra .
Especifique _____

5.6. Resonancia Nuclear Magnética _____

5.7. Patología asociada SI NO especifique _____
Edad de comienzo (AA/MM)..... Edad de curación (AA/MM)....

Tratamiento recibido _____

¿Cuándo se valoró la secreción de GH estaba resuelta la patología asociada? SI NO

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

En caso afirmativo, especifique: _____

¹ Especificar datos en 2 fechas entre 0 a 2 años, y 2 a 4 años.

6. DATOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO
(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) _____

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

6.2. SIGNOS PUBERALES:

Esponáneos Inducidos

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. Déficit clásico de HC:

7.1.1. Determinación de Hormona de Crecimiento: (dos estímulos farmacológicos como mínimo)

	Basal	Pico máximo (ng/ml)	Fecha (MM/AA)
1) Hipoglucemia insulínica	<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"/>
Sólo en este caso:			
Glucemia (mg/dl).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Valor mínimo (mg/dl).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Otras (especifique):			
2) _____	<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"/>
3) _____	<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"/>

Indicar si las pruebas se han realizado con primación: SI NO

7.1.2. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml)

7.1.3. Marcadores de enfermedad celíaca
Positivo Negativo

7.1.4. Estudio de genética molecular (en su caso)

Adjuntar fotocopia del informe.....

7.2. Síndrome de Turner:

7.2.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina
 , , , , %

7.2.2. Anticuerpos antitiroideos

7.2.3. Marcadores de enfermedad celíaca Positivo Negativo

7.2.4. Estudio citogenético (adjuntar fotocopia).....

7.3. Insuficiencia renal crónica:

7.3.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml)
 , , ,

7.3.2. Informe nefrológico (adjuntar con todos los datos mínimos necesarios)

7.4. Síndrome de Prader Willi:

7.4.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina
 , , , , %

7.4.2. Test de tolerancia a la glucosa:.....

7.4.3. Estudio composición corporal
 Masa grasa % Masa magra %

7.4.4. Informe radiológico estática columna dorso lumbar postero-anterior

7.5. Crecimiento intrauterino retardado:

7.5.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina
 , , , , %

7.5.2. Glucemia basal (mg/dl) Insulinemia basal (microU/ml)

7.5.3. Presión arterial (mm Hg.)
 Sistólica Diastólica

7.5.4. Colesterol total..... ,
 HDL colesterol..... ,
 LDL colesterol ,
 Triglicéridos ,

7.5.5. Informe somatométrico neonatal (adjuntar fotocopia)

7.6. Alteración del gen SHOX:

7.6.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina
 , , , , %

7.6.2. Estudio de genética molecular
 Adjuntar fotocopia del informe

8. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

9. DIAGNOSTICO

Defecto de Hormona de Crecimiento ...	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Turner	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Prader Willi	<input type="checkbox"/>
Crecimiento intrauterino retardado	<input type="checkbox"/>
Alteración del gen SHOX	<input type="checkbox"/>

----- 0 -----