



PROCOLO N° _____
Seguimiento del _____ año

PROCOLO DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON IGF-1 RECOMBINANTE 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: _____ N° de historia clínica _____

2. HOSPITAL: _____ Dirección: _____

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado N°:
Teléfono:	Correo electrónico:	

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

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

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

Motivos de denegación:

Observaciones:

EL COMITÉ ASESOR

* Indicar el N° asignado por el Comité en el inicio.
* 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 IGF-1 RECOMBIANTE EN NIÑOS N° _____
Seguimiento anual del _____ año

3.- RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO

Medicamento*: _____

Dosis: _____ mg/dosis

Fecha de nacimiento

Sexo masculino:

Sexo femenino:

Fecha Menarquia (MM/AA)

Talla genética (cm.) ,

Adjuntar gráfica de crecimiento

	Fecha revisión ¹	Edad cronológica	Talla		Velocidad crecimiento		Peso (Kg.)	Edad ósea	Pred. talla adulta (cm.)	Estadio puberal	
			(cm.)	DE	(cm./año)	DE				♂ Vol. testes (ml)	♀ Telarquia (M) ²
INICIO DEL TRATAMIENTO											
SEGUIMIENTOS ANUALES											
1^{er} SEG.											
2^o SEG.											
3^o SEG.											
4^o SEG.											
5^o SEG.											
6^o SEG.											
7^o SEG.											
8^o SEG.											
9^o SEG.											
10^o SEG.											
11^o SEG.											
12^o SEG.											

Observaciones³: _____

* Indicar marca comercial y dosis propuesta en el correspondiente seguimiento.

¹ Fecha de revisión o exploración de paciente.

² Telarquia (M: 1, 2, 3, 4, 5)

³ Observaciones en el momento del diagnóstico y/o en el seguimiento.

PROTOCOLO IGF-1 RECOMBIANTE EN NIÑOS N° _____
Seguimiento anual del _____ año

Fecha revisión , ,

4.- DETERMINACIONES ANALITICAS Y COMPLEMENTARIAS

T₄ libre (ng/dl)

,

IGF-1 (ng/ml)

,

IGFBP3 (ng/ml)

,

Glucemia en ayunas (mg/dl)

5. SE HAN OBSERVADO EFECTOS NO DESEADOS DEL TRATAMIENTO CON IGF-1: SI NO

En caso afirmativo, detállelos:

.....

6. OBSERVACIONES
