



PROCOLO N° \_\_\_\_\_  
Seguimiento del \_\_\_\_\_ año

**PROCOLO DE SEGUIMIENTO 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: \_\_\_\_\_ 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.

**3.- RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO**

Especialidad Farmacéutica\*: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ mg/día

Fecha de nacimiento

Sexo masculino:

Sexo femenino:

Diagnóstico

- Defecto de Hormona de Crecimiento
- Síndrome de Turner
- Insuficiencia renal crónica
- Síndrome de Prader Willi
- Crecimiento intrauterino retardado
- Alteración del gen SHOX

Fecha Menarquia (MM/AA)

Talla genética (cm.)

En todos los casos, adjuntar gráfica de crecimiento

	Fecha revisión <sup>1</sup>	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) <sup>2</sup>
<b>INICIO DEL TRATAMIENTO</b>											
<b>SEGUIMIENTOS ANUALES</b>											
<b>1<sup>er</sup> SEG.</b>											
<b>2<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>3<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>4<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>5<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>6<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>7<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>8<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>9<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>10<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>11<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>12<sup>o</sup> SEG.</b>											

**Observaciones<sup>3</sup>:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicar marca comercial y dosis propuesta en el correspondiente seguimiento.  
<sup>2</sup> Fecha de revisión o exploración de paciente.  
<sup>3</sup> Telarquia (M: 1, 2, 3, 4, 5)  
<sup>3</sup> Observaciones en el momento del diagnóstico y/o en el seguimiento.

Fecha revisión , ,

**4.- DETERMINACIONES ANALITICAS Y COMPLEMENTARIAS**

**4.1. Déficit clásico de HC:**

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

**4.2. Síndrome de Turner:**

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

Anticuerpos antitiroideos .....

Marcadores de enfermedad celíaca  Positivo  Negativo

Tratamiento con estrógenos: Edad comienzo:  Tipo: ..... Dosis: ..... mg/día

**4.3. Insuficiencia renal crónica:**

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

Informe nefrológico (adjuntar con todos los datos mínimos necesarios)

**4.4. Síndrome de Prader Willi:**

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

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

Estudio composición corporal (impedanciometría): Masa grasa  % Masa magra  %

Informe radiológico estática columna dorso lumbar postero-anterior .....

**4.5. Crecimiento intrauterino retardado:**

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

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

Presión arterial (mm Hg.): Sistólica  Diastólica

Colesterol total ..... ,

HDL colesterol ..... ,

LDL colesterol ..... ,

Triglicéridos ..... ,

**4.6. Alteración del gen SHOX**

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

**5. SE HAN OBSERVADO EFECTOS NO DESEADOS DEL TRATAMIENTO CON HC:** SI  NO

En caso afirmativo, detállelos: .....

**6. OBSERVACIONES**

---



---



---