



1 PROTOCOLO Nº _____ Seguimiento del _____ año

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS

HOJA DE FILIACIÓN

1. DATOS DEL PACIENTE*

Número de la S.S.:

Mutualidad (en su caso):

Primer Apellido: _____ Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Segundo Apellido: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____ Nº historia clínica: _____

2. HOSPITAL: _____ Dirección: _____

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico	Colegiado Nº:
Teléfono:	E-mail:	

FIRMA DEL MÉDICO QUE HACE LA PROPUESTA: _____ Fecha: _____

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

1 = Petición aceptada _____	2 = Petición denegada _____	Fecha: _____
Dosis recomendada (salvo mejor criterio de su médico):		

MOTIVOS DE DENEGACIÓN:

OBSERVACIONES:

EL COMITÉ ASESOR

*Indicar el Nº de protocolo asignado por el Comité Asesor en el inicio.

²Datos regulados por Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Fichero regulado por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 21/06/1994.

4. RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO

Medicamento*: _____ Dosis Actual: _____ mg/día
 Fecha de nacimiento: _____ Dosis Solicitada: _____ mg/día
 Diagnóstico: Defecto de Hormona de Crecimiento Sexo masculino: Sexo femenino:
 Síndrome de Turner Fecha Menarquia (MM/AAAA): _____
 Insuficiencia renal crónica
 Síndrome de Prader Willi Talla genética (cm): _____
 Pequeño para edad gestacional (PEG)
 Alteración del gen SHOX
 Síndrome de Noonan

EN TODOS LOS CASOS adjuntar gráfica de crecimiento.

	Fecha revisión ¹	Edad cronológica (Xa/Ym)	Talla		Velocidad crecimiento		Peso (Kg)	Edad ósea (Xa/Ym)	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 del paciente.
² Telarquia (M: 1, 2, 3, 4, 5)
³ Observaciones en el momento del diagnóstico y/o en el seguimiento.

Fecha revisión (DD/MM/AAAA): _____

5. DETERMINACIONES ANALITICAS Y COMPLEMENTARIAS:

5.1. Déficit clásico de HC:

T4 libre (ng/dl) TSH (µU/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (µg/ml) HbA1c (%)

5.2. Síndrome de Turner:

T4 libre (ng/dl) TSH (µU/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (µg/ml) HbA1c (%)

Anticuerpos antitiroideos

Marcadores de enfermedad celíaca: Positivo Negativo

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

5.3. Insuficiencia renal crónica:

T4 libre(ng/dl) TSH (µU/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (µg/ml) HbA1c (%)

Informe nefrológico (adjuntar con todos los datos mínimos necesarios)

5.4. Síndrome de Prader Willi:

T4 libre (ng/dl) TSH (µU/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (µg/ml) HbA1c (%)

Test de tolerancia a la glucosa:

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

Informe radiológico estática columna dorso lumbar postero-anterior

5.5. Pequeño para edad gestacional:

T4 libre (ng/dl) TSH (µU/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (µg/ml) HbA1c (%)

Glucemia basal (mg/dl):

Insulinemia basal (µU/ml):

Presión arterial (mmHg): Sistólica

Diastólica

Colesterol total

LDL colesterol

HDL colesterol.....

Triglicéridos.....

5.6. Alteración del gen SHOX

T4 libre (ng/dl) TSH (µU/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (µg/ml) HbA1c (%)

5.7. Síndrome de Noonan:

T4 libre (ng/dl) TSH (µU/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (µg/ml) HbA1c (%)

Glucemia basal (mg/dl):

Insulinemia basal (µU/ml):

Anticuerpos antitiroideos:

Hemograma

Ecografía abdominal (si se precisa)

Estudio de función cardíaca si se precisa seguimiento)

Informe de traumatólogo-ortopeda (en caso de escoliosis, para valorar su grado)

Monitorización hematológica (si se precisa)

Fecha revisión (DD/MM/AAAA): _____

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

En caso afirmativo, detállelos:
.....
.....

7. OBSERVACIONES:
