



Nº _____

**PROTOCOLO PARA INICIO 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: _____ 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 (Salvo mejor criterio de su médico):		

<p>Motivos de denegación</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 03/2018 de 5 Diciembre, 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.

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..... | | | |
| 4.2. Glucocorticoides..... | | | |
| 4.3. Hormonas sexuales..... | | | |
| 4.4. Análogos de GnRH..... | | | |
| 4.5. Otros..... | | | |
| (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) _____

