



PROTOCOLONº _____
Seguimiento del _____ año.

**PROTOCOLO 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: _____ Nº de historia clínica _____

2. HOSPITAL: _____ Dirección: _____

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

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

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

1 = Petición aceptada _____	2 = Petición denegada _____	Fecha: _____
Dosificación recomendada mg/día (Salvo mejor criterio de su médico):		

Motivos de denegación:

Observaciones:

EL COMITÉ ASESOR

• Indicar el Nº asignado por el Comité en el inicio.

* 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 IGF-1 RECOMBINANTE EN NIÑOS N° _____
Seguimiento anual del _____ año

3.- RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO

Medicamento*: _____

Dosis Actual: _____ mg/dosis

Fecha de nacimiento _____

Dosis Solicitada: _____ mg/dosis

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 TRATA- MIENTO											
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 RECOMBINANTE 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
