

Nº PROTOCOLO _____

PROTOCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN ADULTOS

NUMERO DE S.I.P.: _____

1. DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Nombre: _____ Teléfono: ___/___

Dirección: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

2. DATOS DEL HOSPITAL:

Centro hospitalario:	C.P.:	Teléfono:
Servicio/U. Asistencial:	Médico:	Nº colegiado:

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

Medicamento y dosis: _____

Observaciones:

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

1=Petición aceptada <input type="checkbox"/>	2=Petición denegada <input type="checkbox"/>	Fecha: / /
Motivos de la denegación:		

PROTOCOLO INICIO ADULTOS nº _____

Fecha nacimiento: _____ Sexo: _____

1.- Historia de la deficiencia de GH:

-Año de diagnóstico: _____

-Etiología:

-Tumoral (especificar): _____

-Tratamiento:

Cirugía transesfenoidal Fecha: _____

Cirugía transcraneal Fecha: _____

Radioterapia:

Tipo: _____ Fecha _____ Dosis: _____

-Otras (especificar): _____

-Otras deficiencias

	SÍ	NO	FECHA DIAGNÓSTICO
FSH/LH			
TSH			
ACTH			
ADH			

-Tratamiento previo con GH: Si No

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

2.- Otras patologías de interés:

	SI	NO		SI	NO
HTA			SAOS		
Dislipemia			Osteopenia/Osteoporosis		
Diabetes mellitus			Enfermedad cardiovascular		
Tolerancia disminuida a carbohidratos			Neoplasias		
Obesidad					

PROTOCOLO INICIO ADULTOS nº _____

3.- Tratamientos:

-Tratamiento hormonal sustitutivo:

	Dosis actual
Tiroxina	
Glucocorticoides	
Testosterona	
Estrógenos	
Progesterona	
Gonadotropinas	
Desmopresina	

-Otros tratamientos de interés (especificar):

4.- Exploración física: Fecha: _____

Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____

Cintura: _____ TAS: _____ TAD: _____

5.- Determinaciones analíticas:

-Hormonas:

FT4: _____ Testosterona: _____ Estradiol: _____ SHBG _____

IGF-1 (especificar media, P5 y P90 del laboratorio para cada rango de edad):

-Test de estimulación de GH (si procede)

		Basal	Pico	Unidades
Hipoglucemia	Glucosa			
	GH			
Glucagón	GH			

- Bioquímica general:

Glucosa (basal)

Glucosa (2 horas)

Insulina

Creatinina

CT total

Hemoglobina glucosilada

HDL-CT

LDL-CT

Triglicéridos

6.-Exploraciones complementarias:

- **RMN** (mínimo 1 año después de finalizar tratamiento antitumoral):

-Campimetría: _____

-Composición corporal: Impedanciometría Dexa

Masa magra _____% _____ kg

Masa grasa _____% _____ kg

-Densitometría ósea:

Cadera:

Total Z-score: T-score: g/cm²:

Cuello Z-score: T-score: g/cm²:

Columna Z-score: T-score: g/cm²:

Ecocardiograma: _____

Ergometria: _____

Cuestionario de calidad de vida: _____

(Campos en negrita son de obligado cumplimiento).

7.-Diagnóstico: _____

8.-Dosis terapéutica: _____

9.- Observaciones: _____
