

Núm. de protocol _____

**PROTOCOL PER AL SEGUIMENT DEL TRACTAMENT AMB
HORMONA DE CREIXEMENT EN ADULTS**

Número de SIP: _____

DADES DEL PACIENT:

Cognoms: _____ Data de naixement: ____/____/____
Nom: _____ Telèfon: ____/____/____
Adreça: _____
Localitat: _____ Província: _____ CP: _____

DADES DE L'HOSPITAL:

Centre hospitalari:	CP:	Telèfon:
Servici/Unitat assistencial:	Metge:	Núm. col·legiat:

FIRMA DEL METGE QUE FA LA PROPOSTA:

Data: ____/____/____

Medicament i dosis: _____

Observacions:

CONCLUSIONS (este quadre és per a l'Administració):

1=petició acceptada ☐	2=petició denegada ☐	Data: / /
Motius de la denegació/ Observacions:		

EL DIRECTOR GENERAL DE FARMÀCIA I PRODUCTES SANITARIS

- Data revisió _____
 - Data naixement: _____ - Sexe: _____

1. Diagnòstic: _____

2. Tractament: data d'inici: _____ Dosis terapèutica: _____

3. Dèficits de nova aparició:

Sí ☐ Especificar: _____ No ☐

4. Tractament substitutiu hormonal en l'actualitat:

	Dosis
Tiroxina	
Glucocorticoides	
Testosterona	
Estrògens/progesterona	
DDAVP	
Gonadotropines	

5. Seguiment anual:

	Previ	Actual		Previ	Actual
Peso			IGF-1¹ Mitjana P5 P90		
IMC			Glucosa (basal)		
Cintura			Glucosa (2 hores)		
TAS			HbA1c		
TAD			Insulina		
Massa magra % kg			Creatinina		
Massa grassa % kg			CT total		
	Previ	Actual		Previ	Actual
Aigua total			HDL-CT		
			LDL-CT		
			Triglicèrids		
			Testosterona ¹		
			T4 lliure ¹		

(les caselles en negreta són obligatòries).

(¹ del laboratori per a cada rang d'edat)

5. Seguiment no anual:

	Inicial	2 anys
Maluc total: T-score Z-score g/cm ²		
Maluc coll: T-score Z-score g/cm ²		
Columna: T-score Z-score g/cm ²		
Ecocardiograma		
Prova d'esforç (optativa)		

6. Contraindicacions :

7. Tractaments nous en l'últim any:

8. Observacions:
