

Circular 1/2010/68/34

Annex II 22/10

Núm. de protocol _____

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

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:

MOTIUS DE LA INDICACIÓ:

- ☐ Dèficit d'hormona de creixement
☐ Síndrome de Turner
☐ Creixement intrauterí retardat
☐ Pacient amb deficiència de creixement associada a alteracions del gen SHOX
☐ Síndrome de Prader-Willi
☐ Pacient amb deficiència de creixement associada a insuficiència renal crònica
☐ Deficiència primària greu del factor de creixement insulínic tipus I (IGF-I)
☐ Altres (especifique): _____

Medicament i dosis: _____

FIRMA DEL METGE QUE FA LA PROPOSTA:

Data: ____/____/____

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

PROTOCOL SEGUIMENT PEDIATRIA núm. _____

Data de revisió _____

1. Exploració física actual

Talla actual _____ cm DE _____ (gràfiques adjuntes)

(assenyalar talla diana al gràfic)

Pes actual _____ Kg DE _____ IMC _____

Velocitat de creixement _____ cm/any DE _____ Edat òssia _____

Estadi puberal _____

2- Determinacions analítiques i complementàries:**2.1 Determinacions addicionals per a dèficit d'hormona de creixement**T₄ (lliure) _____ IGF-1(ng/dl) _____**2.2 Determinacions addicional Síndrome de Turner**

TSH (ng/dl) _____ IGF-1(ng/dl) _____

Anticossos anti TPO _____

Tractament amb estrògens:

Edat començament _____ Tipus _____ Dosi _____ mg/dia

2.3 Determinacions addicionals insuficiència renal crònica:TSH (ng/dl) _____ IGF-1(ng/dl) _____ T₄ lliure (ng/dl) _____

Informe nefrològic (adjuntar amb totes les dades mínimes necessàries)

2.4 Determinacions addicionals síndrome de Prader Willi:

HB glucosilada _____ % IGF-1(ng/dl) _____ HOMA-IR (opcional) _____

Colesterol total _____ HDL _____ LDL _____ Triglicèrids _____

Informe radiològic estàtica columna dorsolumbar posteroanterior (en cas d'escoliosi)

Estudi composició corporal: (opcional)

Massa greix

_____ %

Massa magra

_____ %

PROTOCOL SEGUIMENT PEDIATRIA núm. _____

2.5 Determinacions addicionals creixement intrauterí retardat:

HB glucosilada	IGF-1(ng/dl)	HOMA-IR
_____	_____	_____
Glucèmia basal (mg/dl)	Insulinèmia basal (micro U/ml)	
_____	_____	
Pressió arterial: Sistòlica	_____	Diastòlica _____
Colesterol total	HDL	LDL
_____	_____	_____
		Triglicèrids

2.6 Determinacions addicionals alteracions del gen SHOX:

TSH (ng/dl)	IGF-1(ng/dl)
_____	_____

2.7 Determinacions addicionals deficiència primària greu del factor de creixement insulínic tipus-I

TSH (ng/dl)	IGF-1(ng/dl)	Hg glucosilada
_____	_____	_____ %
Colesterol total	HDL	LDL
_____	_____	_____
		Triglicèrids

Nombre de glucèmies que han requerit intervenció (glucagó, glucosa oral)		

➤ S'han observat efectes no desitjats del tractament amb GH:

SÍ	NO
_____	_____

En cas afirmatiu, detalle'ls: _____

➤ Observacions:

PROTOCOL SEGUIMENT PEDIATRIA núm. _____

3- Resum del seguiment clínic

[illegible]