

Nº PROTOCOLO _____

PROTOCOLO PARA SEGUIMIENTO 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 SEGUIMIENTO ADULTOS nº _____

- Fecha revisión _____

- Fecha nacimiento: _____

- Sexo: _____

1.- Diagnóstico: _____

2.- Tratamiento: Fecha de inicio: _____ Dosis terapéutica: _____

3.- Déficits de nueva aparición:

 Sí Especificar: _____ No
4.- Tratamiento sustitutivo hormonal en la actualidad:

	Dosis
Tiroxina	
Glucocorticoides	
Testosterona	
Estrógenos/Progesterona	
DDAVP	
Gonadotropinas	

5.- Seguimiento anual:

	Previo	Actual		Previo	Actual
Peso			IGF-1¹ Media P5 P90		
IMC			Glucosa (basal)		
Cintura			Glucosa (2 horas)		
TAS			HbA1c		
TAD			Insulina		
Masa magra % kg			Creatinina		
Masa grasa % kg			CT total		
	Previo	Actual		Previo	Actual
Agua total			HDL-CT		
			LDL-CT		
			Triglicéridos		
			Testosterona ¹		
			T4 libre ¹		

(Campos en negrita son de obligado cumplimiento).

 (¹ del laboratorio para cada rango de edad)

PROTOCOLO SEGUIMIENTO ADULTOS nº _____

5.-Seguimiento no anual:

	Inicial	2 años
Cadera total: T-score Z-score g/cm ²		
Cadera cuello: T-score Z-score g/cm ²		
Columna: T-score Z-score g/cm ²		
Ecocardiograma		
Prueba de esfuerzo (optativa)		

6.-Contraindicaciones :

7.-Tratamientos nuevos en el último año:

8.-Observaciones:
