

Nº PROTOCOLO _____

PROTOCOLO PARA EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN PEDIATRIA

NUMERO DE S.I.P.: _____

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos: _____ Fecha nacimiento: ___ / ___ / _____

Nombre: _____ Teléfono: ___ / _____

Dirección: _____

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

DATOS DEL HOSPITAL:

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

MOTIVOS DE LA INDICACIÓN:

- Déficit de hormona de crecimiento
- Síndrome de Turner
- Crecimiento Intrauterino Retrasado
- Paciente con deficiencia de crecimiento asociada a alteraciones del gen SHOX
- Síndrome de Prader-Willi
- Paciente con deficiencia de crecimiento asociada a insuficiencia renal crónica
- Deficiencia primaria grave del factor de crecimiento insulínico tipo I (IGF-I)
- Otras

(especificar): _____

Medicamento y dosis:

FIRMA DEL MEDICO QUE HACE LA PROPUESTA:

Fecha: ___ / ___ / _____

CONCLUSIONES (Este recuadro deberá cumplimentarlo la Administración):

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

PROTOCOLO SEGUIMIENTO PEDIATRIA nº _____

Fecha de revisión _____

1- Exploración física actual

Talla actual _____ cm DE _____ (gráficas adjuntas)

(señalar talla diana en gráfica)

Peso actual _____ Kg DE _____ IMC _____

Velocidad de crecimiento _____ cm/año DE _____ Edad ósea _____

Estadío puberal _____

2- Determinaciones analíticas y complementarias:**2.1 Determinaciones adicionales para Déficit de Hormona de Crecimiento**T₄(libre) _____ IGF-1(ng/dl) _____**2.2 Determinaciones adicionales Síndrome de Turner**

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

Anticuerpos Anti TPO _____

Tratamiento con estrógenos:

Edad comienzo _____ Tipo _____ Dosis _____ mg/día

2.3 Determinaciones adicionales Insuficiencia renal crónica:TSH (ng/dl) _____ IGF-1(ng/dl) _____ T₄libre(ng/dl) _____

Informe nefrológico (adjuntar con todos los datos mínimos necesarios)

2.4 Determinaciones adicionales Síndrome de Prader Willi:

Hb Glucosilada _____ IGF-1(ng/dl) _____ HOMA-IR (opcional) _____

_____ % _____

Colesterol total _____ HDL _____ LDL _____ Triglicéridos _____

Informe radiológico estática columna dorso lumbar postero-anterior (en caso de escoliosis)

Estudio composición corporal: (opcional)

Masa grasa

_____ %

Masa magra

_____ %

PROTOCOLO SEGUIMIENTO PEDIATRIA nº _____

2.5 Determinaciones adicionales Crecimiento intrauterino retardado:

Hb Glucosilada	IGF-1 (ng/dl)	HOMA-IR	
_____	_____	_____	
Glucemia basal (mg/dl)	Insulinemia basal (micro U/ml)		
_____	_____		
Presión arterial: Sistólica	_____	Diastólica _____	
Colesterol total	HDL	LDL	Triglicéridos
_____	_____	_____	_____

2.6 Determinaciones adicionales Alteraciones del gen SHOX:

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

2.7 Determinaciones adicionales Deficiencia primaria grave del factor de crecimiento insulínico tipo-I

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

Número de glucemias que han requerido intervención (glucacón, glucosa oral)

➤ Se han observado efectos no deseados del tratamiento con GH:

SI

NO

En caso afirmativo, detállelos: _____

➤ Observaciones:

3- Resumen del seguimiento clínico

Inicio del Tratamiento	Fecha revisión	Edad cronológica	Talla		Velocidad crecimiento		Peso (Kg)	Edad ósea	Pred. talla adulta (cm)	Estadio puberal	
			(cm)	DE	(cm / año)	DE				Vol. testes	Telarquia (M) ²
<i>SEGUIMIENTOS ANUALES</i>											

IGF-1 al inicio: _____

Observaciones: _____