

NOTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO PACIENTES PEDIÁTRICOS

Comité Asesor GH N° PROTOCOLO _____ Fecha: _____

-Exploración física actual:

Fecha (DD/MM/AA) _____

Edad cronológica ,

Edad ósea ,

Peso , kg

Talla cm

SDS -

Velocidad de crecimiento , cm/año

-Desarrollo sexual:

Espontáneo Inducido Edad: _____

Completo:

Incompleto: Especificar: _____

Pubarquia (1-5)

Volumen testicular derecho cc

izquierdo cc

Telarquia (1-5)

Menarquia Si No

Edad: ,

Talla al inicio de la pubertad , cm

-Reacciones adversas observadas: _____

-Motivo finalización del tratamiento:

Paso a adultos:

Otros: _____

-Fecha final del tratamiento (DD/MM/AA) _____

-Observaciones: _____