

**NOTIFICACIÓ DE SUSPENSIÓ DEL TRACTAMENT
PACIENTS PEDIÀTRICS**

Comité assessor GH Núm. PROTOCOL _____

Data: _____

-Exploració física actual:

Data (DD/MM/AA) _____

Edat cronològica ,Edat òssia ,Pes , kgTalla cmSDS - Velocitat de creixement , cm/any**-Desenvolupament sexual:**Espontani ☐ Induït ☐ Edat: _____Complet: ☐Incomplet: ☐ Especificar: _____Pubarquia (1-5) ☐Volum testicular dret ccesquerre ccTelarquia (1-5) ☐Menarquia Sí ☐No ☐Edat: ,Talla en començar la pubertat , cm**-Reaccions adverses observades:** _____**-Motiu de finalització del tractament:**Pas a adults: ☐

Altres: _____

-Data final del tractament (dd/mm/aa) _____

Observacions: _____
