



*Nº _____

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN PACIENTES ADULTOS

MEDICAMENTO: _____ **

HOJA DE FILIACION

1. DATOS DEL PACIENTE* :**

NUMERO DE LA S.S.: _____

NUMERO D.N.I.: _____

Primer apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Segundo apellido _____

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Cod.Postal _____

2. HOSPITAL : _____ Dirección: _____

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado N°:
Teléfono:	Email:	

FIRMA DEL MEDICO

QUE HACE LA PROPUESTA: _____ Fecha: _____

3. CONCLUSIONES: (Este apartado deberá cumplimentarlo la Administración)

1= Petición Aceptada	2 = Petición denegada	Fecha: _____
Dosificación recomendada mg/día:		

Motivos denegación:

Observaciones:

* El N° será asignado en la Secretaría del Comité Asesor.
** Indicar nombre comercial de la especialidad farmacéutica.

EL COMITÉ ASESOR

8 Urcgfy i UXcg dcf @mCf[zb]WU\$' #S% 'XY) '8]WYa VfYZXYDfcHVVYCb'XY'8 UrcgDYfgcbUYgmi[UUbhJXY'cg'XYfYW cg'X][]HUYg''''

.....Fichero regulado por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 21/06/1994

Pº del Prado 18-20
28014 Madrid
FAX: 91 596 15 92

1.- RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO

Medicamento: _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo masculino

Sexo femenino

Diagnóstico

Déficit aislado
Déficit múltiple (señalar déficit)

Comienzo: Infantil
Adulto

FSH/LH
TSH

ACTH
ADH

Etiología:

Utilizar esta hoja "EXCLUSIVAMENTE" para cumplimentar 5 seguimientos y no una hoja diferente para cada año.

	INICIO ¹		SEGUIMIENTOS											
			1°		2°		3 ^a		4°		5°			
Fecha (MM/AA)														
Edad (años)														
Tratamiento sustitutivo hormonal	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco
Hormona de Crecimiento														
Testosterona														
Estrógenos/progesterona														
Tiroxina (µg/día)														
Glucocorticoides (mg/día)														
DDAVP (µg/día)														
Gonadotrofinas														

Exploración física

Indice masa corporal (kg/m ²)													
Perímetro cintura													
Tensión arterial sistólica (mmHg)													
Tensión arterial diastólica (mmHg)													

Analíticas

IGF-1 (ng/ml)													
TFGe (mg/dl)													
AST (GOT) (U/l)													
ALT (GPT) (U/l)													
Glucemia (mg/dl)													
Colesterol LDL (mg/dl)													
Triglicéridos (mg/dl)													
Interv Referencia IGF1 (si está disp)													
HbAc (%)													

Calidad de vida ²

j 8=)	Tipo												
	Puntuación												
h o v	Tipo												
	Puntuación												

¹ Rellenar esta columna con los datos consignados en el protocolo inicial (antes del tratamiento con Hormona de Crecimiento).

² No adjuntar fotocopias de los cuestionarios de calidad de vida. Indicar solo respuestas positivas.

	INICIO	SEGUIMIENTOS									
		1º		2º		3º		4º		5º	
		Cambio ¹		Cambio ¹		Cambio ¹		Cambio ¹		Cambio ¹	
RMN hipotálamo-hipofisaria Obligatorio en pacientes con tumores hipofisarios dentro de los 5 primeros años.		Si	No	o	No	Si	No	Si	No	Si	No

Composición corporal

Masa de grasa (kg/%)						
Masa magra (kg/%)						
Agua total corporal (kg/%)						

Densitometría³

Cadera (T- score)					
Columna lumbar (T-score)					

Efectos secundarios del tratamiento con HC

Síndrome túnel carpiano	X				
Edemas					
Recidiva patología hipotálamo-hipofisaria					
Intolerancia a la glucosa					
Diabetes mellitus					
HTA					
Artralgias					
Efectos prostáticos					
Otros (especificar)					

¿Ha aparecido alguna contraindicación para el tratamiento con HC? (especificar):

Observaciones:

¹ Señalar con X

² Si ha habido cambios respecto a la situación inicial, especificar en el espacio correspondiente

³ Opcional