



Nº _____

**PROTOCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO
CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS**

HOJA DE FILIACION

1. DATOS DEL PACIENTE*:

Numero de la S.S.: _____

Primer Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Segundo Apellido: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Cod. Postal: _____ Nº de historia clínica _____

2. HOSPITAL: _____ Dirección: _____

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado Nº:
Teléfono:	Correo electrónico:	

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 (Salvo mejor criterio de su medico):		

Motivos de denegación
Observaciones:

EL COMITÉ ASESOR

* El Nº será asignado en la Secretaría del Comité Asesor.
* Datos regulados por Ley Orgánica 03/2018 de 5 Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
* Fichero regulado por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 21/06/1994.

PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION TERAPEUTICA DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO

1. DATOS DE IDENTIFICACION

- 1.1. Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AA)..... _____
- 1.2. Sexo Masculino: Sexo Femenino: Distrito postal donde reside _____

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

- 2.1. Talla del padre (en cm.) (medida por el médico) _____
- 2.2. Talla de la madre (en cm.) (medida por el médico) _____
- 2.3. Edad menarquia de la madre (años) _____
- 2.4. País de origen padre biológico País de origen madre biológica _____

3. DATOS NEONATALES

- 3.1. Tiempo de gestación (especificar semanas): _____
- 3.2. Peso al nacer (en gramos) _____
- 3.3. Longitud al nacer (en cm.) _____
- 3.4. Embarazo múltiple SI NO En caso afirmativo, especificar _____

4. ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS

- | | Ha recibido | Está recibiendo | No ha recibido |
|---|-------------|-----------------|----------------|
| 4.1. Tiroxina..... | | | |
| 4.2. Glucocorticoides | | | |
| 4.3. Hormonas sexuales..... | | | |
| 4.4. Análogos de GnRH..... | | | |
| 4.5. Otros..... | | | |
| (En este último caso, especifique)..... _____ | | | |

5. CARACTERISTICAS DEL RETRASO

- 5.1. Edad observación del retraso (AA/MM)..... _____
- 5.2. Observado por: Seguimiento del médico Manifestación padres
- 5.3. En caso de Crecimiento intrauterino retardado¹ (C.I.R.):
- | | Edad (años/meses) | Longitud/talla | Peso |
|------------|-------------------|----------------|------|
| 0 a 2 años | / | | |
| | / | | |
| 2 a 4 años | / | | |
| | / | | |
- 5.4. Morfología: Proporcional Dismórfica
- 5.5. Etiología: Idiopática Orgánica adquirida Genética Otra .
- Especifique _____
- 5.6. Resonancia Nuclear Magnética _____
- 5.7. Patología asociada SI NO especifique _____
- Edad de comienzo (AA/MM)..... / Edad de curación (AA/MM).... /
- Tratamiento recibido _____
- ¿Cuándo se valoró la secreción de GH estaba resuelta la patología asociada? SI NO
- 5.8. ¿Hay otras características del retraso interesantes? SI NO
- En caso afirmativo, especifique: _____

¹ Especificar datos en 2 fechas entre 0 a 2 años, y 2 a 4 años.

Protocolo nº _____

6. DATOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO
(estos datos no serán anteriores en más de 6 meses a la fecha de envío de este protocolo)

6.1. DATOS AUXOLOGICOS:

6.1.1. Exploración:

Fecha de la exploración (DD/MM/AA)

Edad cronológica (AA/MM).....

Peso en gramos

Talla en cm.

DE -

Edad ósea (AA/MM)

Método: Greulich & Pyle TW2 (RUS) Otro (especifique)

6.1.2. Predicción talla adulta (cm.).....

Método: Bayley Pinneau TW2 (RUS) Otro (especifique)

6.1.3. Talla Diana o Genética

6.1.4. Velocidad de crecimiento (aportar gráfica):

Edad (años/meses)

Talla (cm.)

Velocidad(cm/año)

6.2. SIGNOS PUBERALES:	NO	SI	Inducidos
Edad de aparición (AA)			Espontáneos
6.2.1. Mujeres:			
Menarquia.	SI	NO	
Estadio desarrollo mamario (M1, M2, M3, M4, M5).....			
6.2.2. Hombres:			
Volumen testículo mayor (c.c.).....			

7. DETERMINACIONES ANALITICAS EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO
(cumplimentar el apartado correspondiente)

7.1. Déficit clásico de HC:

7.1.1. Determinación de Hormona de Crecimiento: (dos estímulos farmacológicos como mínimo)

	<u>Basal</u>	<u>Pico máximo (ng/ml)</u>	<u>Fecha (MM/AA)</u>
1) Hipoglucemia insulínica			
Sólo en este caso:			
Glucemia (mg/dl).....			
Valor mínimo (mg/dl).....			
Otras (especifique):			
2)			
3)			

Indicar si las pruebas se han realizado con primación: SI NO

7.1.2. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina

7.1.3. Marcadores de enfermedad celíaca
Positivo Negativo

7.1.4. Estudio de genética molecular (en su caso)

Adjuntar fotocopia del informe

7.2. Síndrome de Turner:

- 7.2.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina %
- 7.2.2. Anticuerpos antitiroideos
- 7.2.3. Marcadores de enfermedad celíaca Positivo Negativo
- 7.2.4. Estudio citogenético (adjuntar fotocopia).....

7.3. Insuficiencia renal crónica:

- 7.3.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina
- 7.3.2. Informe nefrológico (adjuntar con todos los datos mínimos necesarios)

7.4. Síndrome de Prader Willi:

- 7.4.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina %
- 7.4.2. Test de tolerancia a la glucosa:.....
- 7.4.3. Estudio composición corporal
Masa grasa % Masa magra %
- 7.4.4. Informe radiológico estática columna dorso lumbar postero-anterior
- 7.4.5. Informe genético.....

7.5. Pequeño para edad gestacional (PEG):

- 7.5.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina %
- 7.5.2. Glucemia basal (mg/dl) Insulinemia basal (microU/ml)
- 7.5.3. Presión arterial (mm Hg.)
Sistólica Diastólica
- 7.5.4. Colesterol total.....
HDL colesterol.....
LDL colesterol.....
Triglicéridos
- 7.5.5. Informe somatométrico neonatal (adjuntar fotocopia)

7.6. Alteración del gen SHOX:

- 7.6.1. T₄ libre (ng/dl) IGF-1 (ng/ml) IGFBP3 (ng/ml) Glicohemoglobina %
- 7.6.2. Estudio de genética molecular
Adjuntar fotocopia del informe

Protocolo nº _____

8. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

9. DIAGNOSTICO

Defecto de Hormona de Crecimiento ...
Síndrome de Turner
Insuficiencia renal crónica
Síndrome de Prader Willi
Pequeño para edad gestacional(PEG)..
Alteración del gen SHOX