



PROTOCOLO N° \_\_\_\_\_  
Seguimiento del \_\_\_\_\_ año

**PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON  
HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS**

**HOJA DE FILIACION**

**1. DATOS DEL PACIENTE:**

NUMERO DE LA S.S.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_ N° de historia clínica \_\_\_\_\_

**2. HOSPITAL:** \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

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

FIRMA DEL MEDICO  
QUE HACE LA PROPUESTA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**3. CONCLUSIONES:** (Este recuadro deberá cumplimentarlo la Administración)

1 = Petición aceptada _____	2 = Petición denegada _____	Fecha: _____
Dosificación recomendada mg/día (Salvo mejor criterio de su médico):		

Motivos de denegación:

---



---



---



---



---



---



---

Observaciones:

---



---



---

**EL COMITÉ ASESOR**

• Indicar el N° asignado por el Comité en el inicio.

\* 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.

**3.- RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO**

Medicamento\*: \_\_\_\_\_

Dosis Actual: \_\_\_\_\_ mg/día

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dosis Solicitada: \_\_\_\_\_ mg/día

Diagnóstico:

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

Sexo masculino: \_\_\_\_\_ Sexo femenino: \_\_\_\_\_  
 Fecha Menarquia (MM/AA) \_\_\_\_\_

Talla genética (cm.) \_\_\_\_\_

En todos los casos, adjuntar gráfica de crecimiento

	Fecha revisión <sup>1</sup>	Edad cronológica	Talla		Velocidad crecimiento		Peso (Kg.)	Edad ósea	Pred. talla adulta (cm.)	Estadio puberal	
			(cm.)	DE	(cm./año)	DE				♂ Vol. testes (ml)	♀ Telarquia (M) <sup>2</sup>
<b>INICIO DEL TRATAMIENTO</b>											
<b>SEGUIMIENTOS ANUALES</b>											
<b>1<sup>er</sup> SEG.</b>											
<b>2<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>3<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>4<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>5<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>6<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>7<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>8<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>9<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>10<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>11<sup>o</sup> SEG.</b>											
<b>12<sup>o</sup> SEG.</b>											

**Observaciones<sup>3</sup>:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicar marca comercial y dosis propuesta en el correspondiente seguimiento.  
<sup>2</sup> Fecha de revisión o exploración de paciente.  
<sup>3</sup> Telarquia (M: 1, 2, 3, 4, 5)  
<sup>3</sup> Observaciones en el momento del diagnóstico y/o en el seguimiento.

