



1º N° _____

PROTOCOLO DE INICIO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS

HOJA DE FILIACIÓN

1. DATOS DEL PACIENTE²:

Número de la S.S.: _____

Mutualidad en su caso): _____

Primer Apellido: _____ Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Segundo Apellido: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____ Nº historia clínica: _____

2. HOSPITAL: _____ Dirección: _____

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico	Colegiado N°:
Teléfono:	E-mail:	

FIRMA DEL MÉDICO QUE HACE LA PROPUESTA: _____ Fecha: _____

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

1 = Petición aceptada _____	2 = Petición denegada _____	Fecha: _____
-----------------------------	-----------------------------	--------------

Dosis recomendada (salvo mejor criterio de su médico):

MOTIVOS DE DENEGACIÓN:

OBSERVACIONES:

EL COMITÉ ASESOR

Número Número

1 El N° será asignado en la Secretaría del Comité Asesor.

2 Datos regulados por Ley Orgánica 3/2018 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 UTILIZACIÓN TERAPÉUTICA DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.1. Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AAAA)

1.2. Sexo Masculino: Sexo Femenino:

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 (en 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: Sí NO En caso afirmativo, especificar: _____

4. ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS:

	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. CARACTERÍSTICAS DEL RETRASO:

5.1. Edad observación del retraso (años/meses) /

5.2. Observado por: Seguimiento del médico Manifestación padres

5.3. En caso de Pequeño para edad gestacional ¹ (PEG):

	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 Magnética Nuclear _____

5.7. Patología asociada SI NO especifique _____

Edad de comienzo (años/meses) / Edad de curación (años/meses).... /

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 dos fechas, entre 0 a 2 años y 2 a 4 años.

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 AUXOLÓGICOS:

6.1.1. Exploración:

Fecha de la exploración (DD/MM/AAAA)
 Edad cronológica (años/meses)..... /
 Peso en gramos
 Talla en cm.....
 DE -
 Edad ósea (años/meses) /

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):

<u>Edad (años/meses)</u>	<u>Talla (cm)</u>	<u>Velocidad (cm/año)</u>
--------------------------	-------------------	---------------------------

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

7. DETERMINACIONES ANALÍTICAS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
(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 (DD/MM/AAAA)</u>
--------------	----------------------------	---------------------------

- 1) Hipoglucemia insulínica
 Solo 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)	TSH (µU/ml)	IGF-1 (ng/ml)	IGFBP-3 (µg/ml)	HbA1c (%)
-------------------------	-------------	---------------	-----------------	-----------

7.1.3 Marcadores de enfermedad celíaca: Positivo Negativo

7.1.4 Estudio de genética molecular (en su caso)

Adjuntar fotocopia del informe

Protocolo nº _____

7.2. Síndrome de Turner:

7.2.1. T4 libre (ng/dl) TSH (μ U/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (μ g/ml) HbA1c (%)

7.2.2. Anticuerpos antitiroideos

7.2.3. Marcadores de enfermedad celíaca: Positivo Negativo

7.2.4. Cariotipo (adjuntar fotocopia)

7.3. Insuficiencia renal crónica:

7.3.1. T4 libre (ng/dl) TSH (μ U/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (μ g/ml) HbA1c (%)

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) TSH (μ U/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (μ g/ml) HbA1c (%)

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 (adjuntar fotocopia)

7.5. Pequeño para edad gestacional (PEG):

7.5.1. T4 libre (ng/dl) TSH (μ U/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (μ g/ml) HbA1c (%)

7.5.2. Glucemia basal (mg/dl) Insulinemia basal (μ U/ml)

7.5.3. Presión arterial (mmHg):
 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 **G_αCL**:

7.6.1. T4 libre (ng/dl) TSH (μ U/ml) IGF-1 (μ g/ml) IGFBP-3 (ng/ml) HbA1c (%)

7.6.2. Estudio de genética molecular (adjuntar fotocopia del informe)

7.7. Síndrome de Noonan:

- 7.7.1. T4 libre (ng/dl) TSH (μ U/ml) IGF-1 (ng/ml) IGFBP-3 (μ g/ml) HbA1c (%)

- 7.7.2. Glucemia basal (mg/dl) Insulinemia basal (μ U/ml)

- 7.7.3. Anticuerpos antitiroideos
- 7.7.4. Hemograma
- 7.7.5. Cariotipo
- 7.7.6. Estudio genético-molecular (adjuntar fotocopia)
- 7.7.7. Diagnóstico clínico mediante criterios de van der Burgt

- 7.7.8. Ecografía abdominal

- 7.7.9. Estudio de función cardiaca

- 7.7.10. Radiografía de torax (informe de traumatólogo - ortopedista)

8. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

9. DIAGNÓSTICO

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