



Nº _____

**PROTOCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO
CON IGF-1 RECOMBINANTE 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 médico):		

<p>Motivos de denegación</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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 IGF-1 RECOMBINANTE

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 médicoManifestación padres
- 5.3. Patología asociada SI NO especifique _____
Edad de comienzo (AA/MM).... Edad de curación (AA/MM)....
Tratamiento recibido _____
- 5.4. ¿Hay otras características del retraso interesantes? SI NO
En caso afirmativo, especifique: _____

6. DATOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON IGF-1 RECOMBINANTE (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) _____

Protocolo nº _____

INICIO DEL TRATAMIENTO CON IGF-1 RECOMBINANTE

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

Método: Bayley PinneauTW2 (RUS)Otro (especifique) _____

6.1.3. Talla Diana o Genética

6.1.4. Velocidad de crecimiento (aportar gráfica):
Fecha (meses/años) Talla (cm.) Velocidad (cm/año)

6.2. SIGNOS PUBERALES:
Edad de aparición (AA)

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. Determinación de Hormona de Crecimiento: (un test de estímulo farmacológico)
Especificar test _____

Basal pico máximo (ng/ml) fecha (mm/aa)

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

7.3. Test de generación de IGF-1 (ng/ml)

7.4. Dosis utilizada HC mg/día IGF-1 basal Pico 3 días

7.5. Estudio de genética molecular
Adjuntar fotocopia del informe.....

7. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

