



PROTOCOLONº \_\_\_\_\_  
Seguimiento del \_\_\_\_\_ año.

**PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO 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 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 Nº 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.

**PROTOCOLO IGF-1 RECOMBINANTE EN NIÑOS N° \_\_\_\_\_**  
**Seguimiento anual del \_\_\_\_\_ año**

**3.- RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO**

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

Dosis Actual: \_\_\_\_\_ mg/dosis

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

Dosis Solicitada: \_\_\_\_\_ mg/dosis

Sexo masculino:

Sexo femenino:

Fecha Menarquia (MM/AA)

Talla genética (cm.)

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 TRATA- MIENTO</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>:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\* Indicar marca comercial y dosis propuesta en el correspondiente seguimiento.

<sup>1</sup> Fecha de revisión o exploración de paciente.

<sup>2</sup> Telarquia (M: 1, 2, 3, 4, 5)

<sup>3</sup> Observaciones en el momento del diagnóstico y/o en el seguimiento.

**PROTOCOLO IGF-1 RECOMBINANTE EN NIÑOS N° \_\_\_\_\_**  
**Seguimiento anual del \_\_\_\_\_ año**

Fecha revisión

**4.- DETERMINACIONES ANALITICAS Y COMPLEMENTARIAS**

T<sub>4</sub> libre (ng/dl)                      IGF-1 (ng/ml)                      IGFBP3 (ng/ml)                      Glucemia en ayunas (mg/dl)

**5. SE HAN OBSERVADO EFECTOS NO DESEADOS DEL TRATAMIENTO CON IGF-1:    SI            NO**

En caso afirmativo, detállelos: .....

.....

**6. OBSERVACIONES**

---

---

---