

SOLICITUD DE CONTINUACION O MODIFICACION DE TRATAMIENTO
CON HORMONA DE CRECIMIENTO

Lugar y fecha: Buenos Aires,

Paciente: Edad: años

Historia Clínica N°:

Diagnóstico:

GH utilizada (Marca):

Dosis actual: . UI/semana N° inyecc./sem.:

- Se requiere:
- Mantener la dosis actual
 - Suspender tratamiento
 - Aumentar la dosis a UI/semana
(indicar los motivos precisos)

Antropometría

	Fecha	Estatura (cm)	Peso (Kg)	Vel. Crecimiento (cm/año)
Inicio Tratamiento				
Control Anterior				
Control Actual				

Edad Osea (una por año):..... Fecha:..... GyP/Tanner

Estadio Puberal: G/M:..... VP:..... Tam. Test: D..... / I..... Menarca (fecha)

Cumplimiento con el tratamiento:

- Tratamientos concomitantes: (nombre y dosis)
- Tiroides:
 - Esteroides:
 - Otros:

OBSERVACIONES:
Sello de la Institución

Firma del Médico solicitante



EVALUACIÓN PERIÓDICA DE TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO

Lugar y fecha: _____

Médico tratante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Localidad: _____

C.P.: _____

PACIENTE:

Diagnóstico: _____

GH utilizada (Marca): _____

Fecha inicio tratamiento: ___/___/___

Dosis actual: _____ UI/semana.

- Se sugiere:
- Mantener dosis actual:
 - Suspender tratamiento:
 - Aumentar la dosis a _____ UI/semana. (indicar motivos precisos)

Control actual:

Fecha: ___/___/___

Talla: _____ cm y mm

Peso: _____ Kg

Control anterior:

Fecha: ___/___/___

Talla: _____ cm y mm

Peso: _____ Kg

Velocidad de crecimiento en el semestre: _____ cm/año

Edad ósea (una por año): _____ Fecha: ___/___/___ GyP / Tanner

Estadio puberal: G/M: _____ VP: _____ Tam. Test D: _____ Menarca: _____

Cumplimiento del tratamiento: _____

- Tratamientos concomitantes: (Nombre y dosis)
- Tiroides
 - Esteroides
 - Otros

Observaciones:

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES
CON INSUFICIENCIA HIPOFISARIA.**

DATOS PERSONALES

APELLIDO y Nombres: _____
N° de Afiliado:(DNI) _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Fecha 1ª Consulta: ____/____/____
Fecha Actual: ____/____/____
Sexo: M F
Nacionalidad: _____ Edad Actual: _____ años.
Domicilio: _____ Localidad: _____
Cod. Postal: _____ Provincia: _____ Tel: _____

Médico Tratante: _____ MP: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
Tel: _____ E-mail: _____

Diagnóstico: _____
¿Está o estuvo en tratamiento con Hormona de Crecimiento? Si No
Hormona: _____ Dosis: _____
Fecha de iniciación: _____ Fecha terminación: _____

LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE.

En las hojas siguientes, los datos subrayados son obligatorios.

APELLIDO y Nombres:

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo N° _____ Evolución: _____ Duración: _____
Parto N°: _____ Carácter: Normal
Cesárea
Anestesia
Presentación: _____ Maniobras: _____ Apgar: 1' _____ 5' _____
Peso Nac: _____ Long. Corp: _____ cm. Perinatología: _____
Maduración sico-motriz: _____
Escl. Grado: _____ Déficit mental: _____
ENFERMEDADES PADECIDAS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

* PADRE

Fecha de Nac: ____/____/____ Edad Actual: _____ Estatura (cm): _____ cm.
Edad desarr.Puber: _____ Profesión: _____ Vive: Si No
Sano: Si No Especificar: _____

* MADRE

Fecha de Nac: ____/____/____ Edad Actual: _____ Estatura (cm): _____ cm.
Edad Menarca: _____ Profesión: _____ Vive: Si No
Sana: Si No Especificar: _____

* HERMANOS

Sexo: M F Edad Actual: _____
Talla: _____ E.Menarca/desarrollo: _____
Sexo: M F Edad Actual: _____
Talla: _____ E.Menarca/desarrollo: _____
Sexo: M F Edad Actual: _____
Talla: _____ E.Menarca/desarrollo: _____

Enfermedades en la familia: _____ Parentesco: _____
Nivel socio-Económico: _____ Núcleo Familiar: _____

ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta: _____
Evolución de los síntomas: _____ Fecha: ____/____/____

EXÁMEN FÍSICO

Edad Cronológica: _____
Estatura: _____ cm. SDS: _____ Est.Sent.: _____ Perc.Prop.Corp: _____
Peso: _____ Kg. Circunf.Craneana: _____ cm. Estado Nutricional: _____
Desarrollo Puberal: (grados de Tanner) _____
Mamas: _____ Vello pubiano: _____ Edad Menarca: _____ años.
Datos Clínicos Positivos: _____

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN HIPOFISARIA

* SECTOR SOMATOTRÓFICO - DOSAJE DE HORMONA DE CRECIMIENTO

	Fecha	Unidad	20'	30'	Basal	60'	90'
Ejercicio Prop:	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Clonidina:	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	Fecha	Unidad	20'	30'	Basal 60'	90'
Glucemia:	/ /					
GH:	/ /					
C-Dopa:	/ /					
Arginina:	/ /					
Dosaje de IGF 1:	/ /					
Dosaje IGFBP 3:	/ /					

Enviar fotocopia de los resultados de estos análisis.

*** SECTOR TIROTRÓFICO**

	Fecha	Unidad	Resultado	Valores normales	Basal	30'
T 3:	/ /					
T 4:	/ /					
T 4 1:	/ /					
TSH:	/ /					
Prolactina:	/ /					
AFM:	/ /					
ATG:	/ /					

*** SECTOR ADRENOCORTICOTRÓFICO**

PRUEBA DE:

	Fecha	Unidad	20'	30'	Basal 60'	90'
Glucemia:						
Cortisol:						

*** SECTOR GONADOTRÓFICO:**

Desarrollo Puberal (grados de Tanner) _____ Genitales: _____

Mamas: _____ Vello pubiano: _____

Edad Menarca: _____ años. Prueba de Gn-RH: _____

	Fecha	Unidad	20'	30'	Basal 60'	90'
LH:	/ /					
FSH:	/ /					

Estradiol: Resultado: _____

Testosterona: Resultado: _____

Urocitograma: SC: _____ % SB: _____ % I: _____ % PB: _____ %

* **OTROS EXÁMENES**

LABORATORIO

SANGRE:

	Fecha	Resultado	Unidad
Urea:	/ /	-----	-----
Creatinina:	/ /	-----	-----
Colesterol:	/ /	-----	-----
Glucemia:	/ /	-----	-----
Hemoglobina:	/ /	-----	-----
Hb Alc:	/ /	-----	-----
Hematocrito:	/ /	-----	-----

ORINA: / /

Densidad Urinaria: ----- Proteinuria: -----

Glucosuria: ----- Ph: ----- Sedimento: -----

RADIOLOGÍA

	Fecha	Informe
Cráneo	-----	-----
Silla Turca	-----	-----
TAC	-----	-----
R.N.M.	-----	-----
RX Mano y Muñeca	-----	-----
Otros:	-----	-----

* **OTROS EXÁMENES**

Absorc. Intestinal / /

Cariotipo / /

Otros / /

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y MADURACIÓN FÍSICA:

Fecha							
Edad Cronológica							
Estatura (cm)							
Velocidad de Crecimiento (cm / año)							
Peso (KG)							

