

1º PROTOCOLO Nº _____

Seguimiento del _____ **año**

Fecha de revisión (DD/MM/AAAA): _____

**PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON
IGF-1 RECOMBINANTE EN NIÑOS**

HOJA DE FILIACIÓN

1. DATOS DEL PACIENTE²:

NÚMERO DE LA S.S:

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:	<u>Médico</u>	<u>Colegiado Nº:</u>
Teléfono:	<u>E-mail:</u>	

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:		

Comisión Técnica Asesora Regional

¹Indicar el Nº de protocolo asignado por la Comisión Técnica Asesora Regional de la Hormona del Crecimiento y sustancias relacionadas en Castilla-La Mancha.

²Datos regulados por Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Fichero regulado por el Decreto 104/2008, de protección de datos de carácter personal en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.



PROTOCOLO IGF-1 RECOMBINANTE EN NIÑOS N° _____

Seguimiento anual del _____ año

Fecha de revisión (DD/MM/AAAA): _____

4. RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO

Medicamento* : _____

Dosis Actual: _____ mg/día

Fecha de nacimiento: _____

Dosis Solicitada: _____ mg/día

Sexo masculino: Sexo femenino:

Fecha Menarquia (MM/AAAA): _____

Talla genética (cm): _____

EN TODOS LOS CASOS adjuntar gráfica de crecimiento.

	Fecha revisión ¹	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) ²
INICIO DEL TRATAMIENTO											
SEGUIMIENTOS ANUALES											
1^{er} SEG.											
2^o SEG.											
3^o SEG.											
4^o SEG.											
5^o SEG.											
6^o SEG.											
7^o SEG.											
8^o SEG.											
9^o SEG.											
10^o SEG.											
11^o SEG.											
12^o SEG.											

Observaciones³

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

¹ Fecha de revisión o exploración del paciente.

² Telarquia (M: 1, 2, 3, 4, 5)

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

PROCOLO IGF-1 RECOMBINANTE EN NIÑOS N° _____

Seguimiento anual del _____ año

Fecha de revisión (DD/MM/AAAA): _____

5. DETERMINACIONES ANALITICAS Y COMPLEMENTARIAS:

T4 libre(ng/dl)

IGF-1 (ng/ml)

IGFBP-3 (µg/ml)

Glucemia en ayunas (mg/dl)

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

SI

N

En caso afirmativo, detállelos:

7. **OBSERVACIONES:**

