

*Nº _____

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN PACIENTES ADULTOS

MEDICAMENTO: _____ **

HOJA DE FILIACION

1. DATOS DEL PACIENTE* :** NUMERO DE LA S.S.: _____ Mutuality: _____

NUMERO D.N.I.: _____

Primer apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Segundo apellido: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Cod.Postal: _____

2. HOSPITAL : _____ Dirección: _____

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado Nº:
Teléfono:	Email:	

FIRMA DEL MEDICO

QUE HACE LA PROPUESTA: _____ Fecha: _____

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

1= Petición Aceptada <input type="checkbox"/>	2 = Petición denegada <input type="checkbox"/>	Fecha: _____
Dosificación recomendada mg/día:		

Motivos denegación:
Observaciones:

Comisión Técnica Asesora Regional

* El Nº será asignado en la Secretaría de la Comisión Técnica Asesora Regional de la Hormona del Crecimiento y sustancias relacionadas
"Yb7Ugrj~U@JAUbWU"

** Indicar nombre comercial de la especialidad farmacéutica.

*** Datos regulados por Ley Orgánica 03/2018 de 5 Diciembre, 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 N° _____ Seguimiento anual del año _____

1.- RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO

Medicamento: _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo masculino

Sexo femenino

Diagnóstico

Déficit aislado .

Déficit múltiple (señalar déficit)

Comienzo: Infantil

Adulto

FSH/LH

ACTH

TSH

ADH

Etiología:

	INICIO ¹		SEGUIMIENTOS											
			1º		2º		3ª		4º		5º			
Fecha (MM/AA)														
Edad (años)														
Tratamiento sustitutivo hormonal	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco
Hormona de Crecimiento														
Testosterona														
Estrógenos/progesterona														
Tiroxina (µg/día)														
Glucocorticoides (mg/día)														
DDAVP (µg/día)														
Gonadotrofinas														

Exploración física

Indice masa corporal (kg/m ²)													
Perímetro cintura													
Tensión arterial sistólica (mmHg)													
Tensión arterial diastólica (mmHg)													

Analíticas

IGF-1 (ng/ml)													
TFGe (mg/dl)													
AST (GOT) (U/l)													
ALT (GPT) (U/l)													
Glucemia (mg/dl)													
Colesterol LDL (mg/dl)													
Triglicéridos (mg/dl)													
Interv Referencia IGF1(si está disp)													
HbAc (%)													



PROTOCOLO N° _____ Seguimiento anual del año _____

Calidad de vida ²

QoL-AGHDA	Tipo						
	Puntuación						
Perfil Salud Nottingham	Tipo						
	Puntuación						

Rellenar esta columna con los datos consignados en el protocolo inicial (antes del tratamiento con Hormona de Crecimiento). ²

No adjuntar fotocopias de los cuestionarios de calidad de vida. Indicar solo respuestas positivas.

	INICIO	SEGUIMIENTOS									
		1º		2º		3º		4º		5º	
		Cambio ¹		Cambio ¹		Cambio ¹		Cambio ¹		Cambio ¹	
RMN hipotálamo-hipofisaria Obligatorio en pacientes con tumores hipofisarios dentro de los 5 primeros años.		Si ²	No	Si ²	No	Si ²	No	Si ²	No	Si ²	No

Composición corporal

Masa de grasa (kg/%)						
Masa magra (kg/%)						
Agua total corporal (kg/%)						

Densinometría³

Cadera (T- score)					
Columna lumbar (T-score)					

Efectos secundarios del tratamiento con HC

Síndrome túnel carpiano					
Edemas					
Recidiva patología hipotálamohipofisaria					
Intolerancia a la glucosa					
Diabetes mellitus					
HTA					
Artralgias					
Efectos prostáticos					
Otros (especificar)					

PROTOCOLO N° _____ Seguimiento anual del año _____

¿Ha aparecido alguna contraindicación para el tratamiento con HC? (especificar):

Observaciones:

¹ Señalar con X

² Si ha habido cambios respecto DOD situación inicial, especifica

³ Opcional

