

<sup>1</sup>PROTOCOLO Nº \_\_\_\_\_

Seguimiento del \_\_\_\_\_ año

**PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON  
HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS**

**HOJA DE FILIACIÓN**

**1. DATOS DEL PACIENTE<sup>2</sup>:**

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Nº historia clínica: \_\_\_\_\_

**2. HOSPITAL: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_**

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico	Colegiado Nº:
Teléfono:	E-mail:	

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):		
<b>MOTIVOS DE DENEGACIÓN:</b>		
<b>OBSERVACIONES:</b>		

**Comisión Técnica Asesora Regional**

<sup>1</sup>Indicar el Nº de protocolo asignado por la ComisiónTécnica Asesora Regional de la Hormona del Crecimiento y sustancias relacionadas en Castilla-La Mancha.

<sup>2</sup>Datos 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 HC EN NIÑOS Nº \_\_\_\_\_ Seguimiento anual del \_\_\_\_\_ año**

**4. RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLINICO**

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

Dosis Actual: \_\_\_\_\_ mg/día

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

Dosis Solicitada: \_\_\_\_\_ mg/día

- Diagnóstico:
- Defecto de Hormona de Crecimiento
  - Síndrome de Turner
  - Insuficiencia renal crónica
  - Síndrome de Prader Willi
  - Pequeño para edad gestacional (PEG)
  - Alteración del gen SHOX
  - Síndrome de Noonan

Sexo masculino:  Sexo femenino:

Fecha Menarquia (MM/AAAA): \_\_\_\_\_

Talla genética (cm): \_\_\_\_\_

**EN TODOS LOS CASOS 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 TRATAMIENTO</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>											



**PROTOCOLO HC EN NIÑOS Nº \_\_\_\_\_ Seguimiento anual del \_\_\_\_\_ año**

Fecha de revisión (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

Observaciones<sup>3</sup>

Indicar marca comercial y dosis propuesta en el correspondiente seguimiento.

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

**5. DETERMINACIONES ANALITICAS Y COMPLEMENTARIAS**

**5.1. Déficit clásico de HC:**

T4 libre (ng/dl)                      TSH (µU/ml)                      IGF-1 (ng/ml)                      IGFBP-3 (µg/ml)                      HbA1c (%)

**5.2. Síndrome de Turner:**

T4 libre(ng/dl)                      TSH (µU/ml)                      IGF-1 (ng/ml)                      IGFBP-3 (µg/ml)                      HbA1c (%)

Anticuerpos antitiroideos.....

Marcadores de enfermedad celíaca:      Positivo       Negativo

Tratamiento con estrógenos:    Edad comienzo: .....    Tipo: .....    Dosis: ..... mg/día

**5.3. Insuficiencia renal crónica:**

T4 libre(ng/dl)                      TSH (µU/ml)                      IGF-1 (ng/ml)                      IGFBP-3 (µg/ml)                      HbA1c (%)

Informe nefrológico (adjuntar con todos los datos mínimos necesarios)

**5.4. Síndrome de Prader Willi :**

T4 libre (ng/dl)                      TSH (µU/ml)                      IGF- 1 (ng/ml)                      IGFBP-3 (µg/ml)                      HbA1c (%)

Test de tolerancia a la glucosa:.....

Estudio composición corporal (impedanciometría): Masa grasa      %      Masa magra      %

Informe radiológico estática columna dorso lumbar postero-anterior.....

**5.5. Pequeño para edad gestacional:**

T4 libre (ng/dl)                      TSH (µU/ml)                      IGF-1 (ng/ml)                      IGFBP-3 (µg/ml)                      HbA1c (%)



**PROTOCOLO HC EN NIÑOS N° \_\_\_\_\_ Seguimiento anual del \_\_\_\_ año**

Fecha revisión (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

Glucemia basal (mg/dl):	Insulinemia basal (μU/ml):
Presión arterial (mmHg):	
Sistólica	Dia
Colesterol total .....	
LDL colesterol .....	
HDL colesterol.....	
Triglicéridos.....	

**5.6. Alteración del gen SHOX**

TSH (μU/ml)	IGF-1 (ng/ml)	IGFBP-3 (μg/ml)	HbA1c (%)
-------------	---------------	-----------------	-----------

**5.7. Síndrome de Noonan:**

T4 libre (ng/dl)	TSH (μU/ml)	IGF-1 (ng/ml)	IGFBP-3 (μg/ml)	HbA1c (%)
------------------	-------------	---------------	-----------------	-----------

Glucemia basal (mg/dl):	Insulinemia basal (μU/ml):
-------------------------	----------------------------

Anticuerpos antitiroideos

Hemograma

Ecografía abdominal (si se precisa)

Estudio de función cardíaca si se precisa seguimiento)

Informe de traumatólogo-ortopeda (en caso de escoliosis, para valorar su grado)

Monitorización hematológica (si se precisa)

6. **SE HAN OBSERVADO EFECTOS NO DESEADOS DEL TRATAMIENTO CON HC:** SI  NO

En caso afirmativo, detállelos:

7. **OBSERVACIONES:**