

Nº _____

**PROTOCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO
CON IGF-1 RECOMBINANTE EN NIÑOS**

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 apartado 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:		

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 en Castilla-La Mancha.

*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 nº _____

PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION TERAPEUTICA DE LA IGF-1 RECOMBINANTE

1. DATOS DE IDENTIFICACION

- 1.1. Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AA).....
- 1.2. Sexo Masculino: Sexo Femenino: Distrito postal donde reside

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

- 2.1. Talla del padre (en cm.) (medida por el médico)
- 2.2. Talla de la madre (en cm.) (medida por el médico)
- 2.3. Edad menarquia de la madre (años)
- 2.4. País de origen padre biológico _____ País de origen madre biológica _____

3. DATOS NEONATALES

- 3.1. Tiempo de gestación (especificar semanas):
- 3.2. Peso al nacer (en gramos)
- 3.3. Longitud al nacer (en cm.).....
- 3.4. Embarazo múltiple SI NO En caso afirmativo, especificar _____

4. ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS

- | | Ha recibido | Está recibiendo | No ha recibido |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1. Tiroxina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2. Glucocorticoides..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3. Hormonas sexuales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4. Análogos de GnRH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.5. Otros..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(En este último caso, especifique)..... _____

5. CARACTERISTICAS DEL RETRASO

- 5.1. Edad observación del retraso (AA/MM).....
- 5.2. Observado por: Seguimiento del médico ...Manifestación padres
- 5.3. Patología asociada SI NO especifique _____

- 5.4. Edad de comienzo (AA/MM).... Edad de curación (AA/MM)

Tratamiento recibido _____

- 5.5. ¿Hay otras características del retraso interesantes? SI NO

En caso afirmativo, especifique: _____

Protocolo nº _____

6. DATOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON IGF-1 RECOMBINANTE
(estos datos no serán anteriores en más de 6 meses a la fecha de envío de este protocolo)

6.1. DATOS AUXOLOGICOS:

6.1.1. Exploración:

Fecha de la exploración (DD/MM/AA).....

Edad cronológica (AA/MM).....

Peso en gramos.....

Talla en cm.....

DE.....

Edad ósea (AA/MM).....

Método: Greulich & Pyle TW2 (RUS) Otro (especifique) _____

INICIO DEL TRATAMIENTO CON IGF-1 RECOMBINANTE

6.1.2. Predicción talla adulta (cm.).....

Método: Bayley Pinneau TW2 (RUS) Otro (especifique) _____

6.1.3. Talla Diana o Genética.....

6.1.4. Velocidad de crecimiento (aportar gráfica):

Fecha (meses/años) Talla (cm.) Velocidad (cm/año)

6.2. SIGNOS PUBERALES:

Edad de aparición (AA).....

6.2.1. Mujeres:

Menarquia. SI NO

Estadio desarrollo mamario (M1, M2, M3, M4, M5).....

6.2.2. Hombres:

Volumen testículo mayor (c.c.).....

7. DETERMINACIONES ANALITICAS EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO
(cumplimentar el apartado correspondiente)

7.1. Determinación de Hormona de Crecimiento: (un test de estímulo farmacológico)

Especificar test _____

Protocolo nº _____

	Basal	pico máximo (ng/ml)	fecha (mm/aa)	
7.2.	T ₄ libre (ng/dl)		IGF-1 (ng/ml)	IGFBP3 (ng/ml)
7.3.	Test de generación de IGF-1 (ng/ml)			
7.4.	Dosis utilizada	HC mg/día	IGF-1 basal	Pico 3 días
7.5.	Estudio de genética molecular			
	Adjuntar fotocopia del informe.....			

7. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS