

1 N° \_\_\_\_\_

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

**HOJA DE FILIACIÓN<sup>2</sup>**

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

Número de la S.S. \_\_\_\_\_

Mutualidad en su caso \_\_\_\_\_

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

Primer Apellido: \_\_\_\_\_

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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):		

MOTIVOS DE DENEGACIÓN:



Protocolo nº \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

**Comisión Técnica Asesora Regional**

<sup>1</sup> El Nº será asignado en la Secretaría de Comisión Técnica 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 PARA LA UTILIZACIÓN TERAPÉUTICA DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.1. Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

1.2. Sexo Masculino:                      Sexo Femenino:

### 2. ANTECEDENTES FAMILIARES: .....

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 (en 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: SÍ              NO              En caso afirmativo, especificar:

### 4. ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS:

Ha recibido              Está recibiendo              No ha recibido

4.1. Tiroxina.....

4.2. Glucocorticoides.....

4.3. Hormonas sexuales.....

4.4. Análogos de GnRH.....

4.5. Otros.....

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

### 5. CARACTERÍSTICAS DEL RETRASO:

5.1. Edad observación del retraso (años/meses)

5.2. Observado por: Seguimiento del médico              . Manifestación padres

Protocolo nº \_\_\_\_\_

5.3. En caso de Pequeño para edad gestacional (PEG): Edad (años/meses) Longitud/talla Peso  
 0 a 2 años

2 a 4 años

5.4. Morfología: Proporcional  Dismórfica   
 5.5. Etiología: Idiopática  Orgánica adquirida  Genética  Otra

Especifique \_\_\_\_\_

5.6. Resonancia Magnética Nuclear \_\_\_\_\_

5.7. Patología asociada SI NO  
 Especifique \_\_\_\_\_

Edad de comienzo (años/meses) /Edad de curación (años/meses)....

Tratamiento recibido \_\_\_\_\_

¿Cuándo se valoró la secreción de GH estaba resuelta la patología asociada? SI  NO

5.8. ¿Hay otras características del retraso interesantes? SI  NO

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Especificar datos en dos fechas, entre 0 a 2 años y 2 a 4 años.

**6. DATOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO ( estos datos no serán anteriores en más de 6 meses a la fecha de envío de este protocolo )**

**6.1. DATOS AUXOLÓGICOS:**

6.1.1 Exploración:

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

Edad cronológico (años/meses).....

Edad cronológica (años/meses).....

Peso en gramos.....

Talla en cm.....

DE .....

Edad ósea (años/meses) .....

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

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

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

6.1.3. Talla Diana o Genética .....



Protocolo nº \_\_\_\_\_

6.1.4. Velocidad de crecimiento (aportar gráfica):  
 Edad (años/meses)                      Talla (cm)

Velocidad ( cm/año )

6.2 SIGNOS PUBERALES: NO  SÍ  especificar: inducidos  espontáneos

Edad de aparición (años) .....

6.2.1. Mujeres:

Menarquia:      SÍ  NO

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

6.2.2. Hombres:

Volumen testículo mayor (c.c.) .....

**7. DIAGNÓSTICO**

- Déficit 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.....

**8. DETERMINACIONES ANALÍTICAS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO (cumplimentar el apartado correspondiente)**

8.1. **Déficit clásico de HC:**

8.1.1. Determinación de Hormona de Crecimiento (dos estímulos farmacológicos como mínimo):

Basal      Pico máximo (ng/ml)      Fecha (\_\_\_\_\_DD/MM/AAAA)

1) Hipoglucemia insulínica ....

Solo en este caso:

Glucemia (mg/dl).....

Valor mínimo (mg/dl)..

Otras (especifique):

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Indicar si las pruebas se han realizado con primación:      SÍ  NO

8.1.2.    t4 libre (ng/dl)              TSH (µU/ml)              IGF-1 (ng/ml)              IGFBP-3 (µg/ml)              HbA1c (%)

8.1.3. Marcadores de enfermedad celíaca:

Positivo                       Negativo



