

1 N° _____

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

HOJA DE FILIACIÓN²

1. DATOS DEL PACIENTE¹:

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

¹ El Nº será asignado en la Secretaría de Comisión Técnica Asesora Regional de la Hormona del Crecimiento y sustancias relacionadas en Castilla-La Mancha.

² 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: _____

¹ 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 SI 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: SI 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

