

FORMULARIO DE INGRESO HORMONAS DE CRECIMIENTO

LOS DATOS PERTENECIENTES A ESTA HOJA DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE Y SERÁN TOMADOS COMO DDJJ: Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente.
Este Formulario de solicitud de alta será procesado sin excepción, cuando se cumplimenten todos los requisitos médicos y afiliatorios solicitados. Se deberá adjuntar resumen de historia clínica, fotocopia de carnet, recibo de sueldo, fotocopia de informes de estudios referidos a la patología. Los datos son obligatorios y su ausencia impedirá el trámite de empadronamiento.

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre.....

Nº Afiliado:..... Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad actual:.....años.

Nacionalidad:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....Código Postal:..... Teléfono:.....

Institución:.....Historia Clínica Nº:.....

Médico Tratante:.....M.P.....

Domicilio:Localidad:.....

Código Postal:.....Teléfono:.....

Referido por:.....

Diagnóstico:

☐ Retardo de crecimiento por BPEG POR SECRECION INSUFICIENTE DE HORMONA DE CRECIMIENTO.

☐ NIÑOS CON TALLA BAJA NACIDOS PEQUEÑOS PARA SU EDAD GESTACIONAL C/ PESO Y/O LONGITUD DEBAJO de -2DE que no hayan mostrado recuperación en el crecimiento a los 4 años o posterior

☐ SINDROME DE TURNER

☐ INDUFICIENCIA RENAL CRONICA

☐ ALTERACIONES DEL GEN SHOX

¿Está/estuvo en tratamiento con Hormona de Crecimiento? ☐Si ☐ No

Hormona: Dosis:.....

Fecha Iniciación:____/____/____ Fecha de terminación:____/____/____

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo: Nº: Evolución: Duración: semanas.

Parto: Nº: Características: Anestesia:

Present: Maniobras: Apgar: 1' 5'

Peso Nac.: Kg Long. Corp: cm Perinatología:.....

Madurac. Ps motriz: Escolaridad Grado: Déficit Mental:.....

ENFERMEDADES PADECIDAS:.....

.....

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE:

Nombre:

Fecha de Nac.: ____/____/____

Edad Actual:

Estatura (cm):.....

Edad desarrollo. Púber.:.....

Profesión:

Vive?:.....☐si.....☐no.....

Sano: (S/N)

Especificar:.....

MADRE:

Nombre:.....

Fecha de Nac.: ____/____/____

Edad Actual:

Estatura (cm):

Edad desarr. Púber.:

Profesión:

Vive?:

Sana: (S/N)

Especificar:

HERMANOS

Sexo:	Edad actual:	Talla:	E. Menarca/desarrollo:.....
Sexo:	Edad actual:	Talla:	E. Menarca/desarrollo:.....
Sexo:	Edad actual:	Talla:	E. Menarca/desarrollo:.....

Enfermedades en la Familia:

Parentesco:

ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta: Fecha: ____/____/____

Evolución de los Síntomas:

EXAMEN FISICO

Edad Cronológica:.....

Estatura (cm).....

SDS

Estatura. Sent:.....

Perc. Prop Corp:.....

Peso (Kg):

Circunf. Craneana (cm):.....

Estado Nutricional:

Indice masa corporal:

Kg/m²

Desarrollo Puberal (grados de Tanner)

Mamas:

vello pubiano:

Edad Menarca:

años.

Datos Clínicos Positivos:

ESTUDIO DE LA FUNCION HIPOFISARIA
A-SECTOR SOMATOTROFICO – DOSAJE D HORMONA DE CRECIMIENTO

	Fecha	Unid.	Basal	20´	30´	60´	90´
Ejercicio Prop.:	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Clonidina:	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Insulina							
*Glucemia	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
*GH:	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Arginina:	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosaje de IGF 1:	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosaje IGFBP3	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

B-SECTOR TIROTROFICO

	Fecha	Unid.	Resultado	Valores Normales.....
T3:	__/__/__	___	___	_____
T4:	__/__/__	___	___	_____
TSH:	__/__/__		Basal:___	30´

Anticuerpos

Anti tiroideos (TPO)	__/__/__	Titulo:	
Prolactina:	__/__/__	Basal:	_____

C-SECTOR ADRENOCORTICOTROFICO

	Fecha	Unid.	Basal	20´	30´	60´	90´
Glucemia:	__/__/__	___	_____				
Cortisol :	__/__/__	___	_____				
_____	__/__/__	___	_____				

D-SECTOR GONADOTROFICO:

Desarrollo Puberal (grados de Tanner)

Genitales:Mamas:Vello pubiano:.....Edad Menarca:años

	Fecha	Unid.	Basal	20´	30´	60´
LH:	__/__/__	___				_____
FSH:	__/__/__	___				_____
_____	__/__/__	___				_____
_____	__/__/__	___				_____
Estradiol:	__/__/__	___				Resultado _____
_____:	__/__/__	___				Resultado _____
_____:	__/__/__	___				Resultado _____
Urocitograma:	__/__/__		Sup.Corp :___%		SB:___%	___PB___%

E- OTROS EXAMENES – LABORATORIO

SANGRE

	Fecha	Resultado	Unid.
Urea	__/__/__	_____	___
Creatinina	__/__/__	_____	___
Colesterol	__/__/__	_____	___
Glucemia	__/__/__	_____	___
Insulinemia	__/__/__	_____	___
Hemoglobina	__/__/__	_____	___

Hb A1c

___/___/___

Hematocrito

___/___/___

ORINA

___/___/___

Densidad Urinaria:

Proteinuria:

Glucosuria

Ph:_____

Sedimento: _____

F-RADIOLOGIA

FECHA

INFORME

Cráneo

___/___/___

Silla Turca

___/___/___

T.A.C. (*)

___/___/___

R.N.M.

___/___/___

Otros:

___/___/___

(*) una u otra

G- OTROS EXÁMENES

Absorción. Intestinal

___/___/___

Cariotipo

___/___/___

Otros:

___/___/___

ANTROPOMETRIA Y MADURACIÓN FISICA

Fecha									
Edad cronológica									
Estatura (cm)									
Velocidad de crec. (cm/año)									
Peso (kg)									
Circunferencia craneana (cm)									
Edad ósea (años)									
Desarrollo Genital (Go M-VP)									
Tratamiento									

TRATAMIENTOS INSTITUIDOS DISTINTOS DE GH (MEDICOS, HORMONALES, CIRUGIA, RADIOTERAPIA ETC)

TRATAMIENTO	FECHA	EDAD CRONOLOGICA	DOSIS
		De a	De a



SOLICITUD DE CONTINUIDAD O MODIFICACIÓN DE TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO

LOS DATOS PERTENECIENTES A ESTA HOJA DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE Y SERÁN TOMADOS COMO DDJJ: Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente.
Este Formulario de solicitud de alta será procesado sin excepción, cuando se cumplimenten todos los requisitos médicos y afiliatorios solicitados. Se deberá adjuntar resumen de historia clínica, fotocopia de carnet, recibo de sueldo, fotocopia de informes de estudios referidos a la patología. Los datos son obligatorios y su ausencia impedirá el trámite correspondiente.

Lugar y fecha:.....

Paciente:.....

Histórica Clínica N°

Diagnóstico:.....

GH utilizada (marca):.....

Dosis actual:nG/semana.....N° inyecc./ sem.....

Se requiere: -Mantener la dosis actual.....

-Suspender tratamiento.....

-Aumentar la dosis a..... mG/semana

(indicar los motivos precisos)

Antropometría

	Fecha	Estatura (cm)	Peso (kg)	Vel. Crecimiento cm/ año	TA mm/Ig
Inicio Tratamiento					
Control Anterior					
Control Actual					

Laboratorio:Fecha:...../...../.....

Glucemia: mG/dL IGF1.....nG/mL Insulina..... UI/mL

Edad Osea (una por año):..... Fecha:___/___/___ GyP/tanner

Estadio puberal: G/M:..... VP:..... Tam.Test: D...../.....Menarca (fecha).....

Cumplimiento con el tratamiento.....

Tratamientos concomitantes (nombre y dosis):.....

OBSERVACIONES:

Firma del Médico solicitante
Sello con N° de matrícula



SOLICITUD DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO

LOS DATOS PERTENECIENTES A ESTA HOJA DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE Y SERÁN TOMADOS COMO DDJJ: Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente.
Este Formulario de solicitud de alta será procesado sin excepción, cuando se cumplimenten todos los requisitos médicos y afiliatorios solicitados. Se deberá adjuntar resumen de historia clínica, fotocopia de carnet, recibo de sueldo, fotocopia de informes de estudios referidos a la patología. Los datos son obligatorios y su ausencia impedirá el trámite correspondiente.

Lugar y fecha:.....

Paciente:N° Afiliado.....

Histórica Clínica N°

Diagnóstico:.....

GH utilizada (marca):.....

Dosis actual:nG/semana.....N° inyecc./ sem.....

MOTIVO DE SUSPENSIÓN: ☐ Finalización:
☐ Abandono: ☐ No cumplimiento:
☐ Decisión propia: ☐ Decisión médica:

Motivo:.....

Otros:.....

Antropometria

	Fecha	Estatura (cm)	Peso (kg)	Vel. Crecimiento cm/ año	TA mm/Ig
Inicio tratamiento					
Control Anterior					
Control Actual					

Laboratorio:Fecha:...../...../.....

Glucemia: mG/dL IGF1.....nG/mL Insulina..... UI/mL

Edad Osea (una por año):..... Fecha:___/___/___ GyP/tanner

Estadio puberal: G/M:..... VP:..... Tam.Test: D...../.....Menarca (fecha)...../...../.....

Cumplimiento con el Tratamiento:

.....

...Tratamientos concomitantes (nombre y dosis):.....

.....

OBSERVACIONES:

Sello de la Institución

Firma del Médico solicitante
Sello con N° de matrícula