

**APENDICE "B"**

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA PARA PACIENTES CON RETARDO DE  
CRECIMIENTO, CONSECUENCIA DE HABER NACIDOS BAJO DE PESO / TALLA PARA  
LA EDAD GESTACIONAL**

**DATOS PERSONALES**

Apellido y Nombre:

DNI:

Fechas:

Nacimiento.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:

1ra.consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Actual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nacionalidad:

Edad Actual:

años

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

Teléfono:

Obra Social:

Nro.Afiliado:

Institución:

Hist. Clínica Nro:

Médico Tratante:

M.P.:

Domicilio:

Localidad:

Cód.Postal:

Teléfono:

Referido por:

Diagnóstico:

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

Hormona:

Dosis:

Fecha Iniciación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha terminación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Financia/ó:

Lugar:

**LOS DATOS PERTENECIENTES A ESTA HOJA DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE.**  
En la hojas siguientes los datos subrayados son obligatorios.

Apellido y Nombre:

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo:                      N°                      Evolución:                      Duración:                      sem.

Parto:                      N°                      Característica:                      Anestesia:                     

Present.:                      Maniobras:                      Apgar: 1'                      5'

Peso Nac.:                      Long.corp:                      cm                      Perinatología:                     

Madurac. Ps.motriz:                      Escol.Grado:                      Deficit Mental:                     

ENFERMEDADES PADECIDAS:

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE:                      Nombre:                     

Fecha de Nac.:                      /                      /                      Edad Actual:                      Estatura(cm):

Edad desarr.púber.:                      Profesión:                      Vive?:                     

Sano (S/N):                      Especificar:                     

MADRE:                      Nombre:                     

Fecha de Nac.:                      /                      /                      Edad Actual:                      Estatura(cm):

Edad Menarca:                      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:                     

Nivel Socio-Económico:                      Núcleo Familiar:                     

#### ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta:

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

Evolución de los Síntomas:

#### EXAMEN FISICO

Estatura (cm)                      SDS                      Estat.Sent:                      Edad Cronol.:

Peso (Kg):                      Circunf.Craneana (cm):                      Perc.Prop.Corp:

Estado Nutricional:                      Índice masa Corporal: .....Kg/m<sup>2</sup>

Desarrollo Puberal (grados de Tanner)

Mamas:                      Vello pubiano:                      Edad Menarca:                      años

Datos Clínicos Positivos:

Apellido y Nombre:

#### ESTUDIO DE LA FUNCION HIPOFISARIA

##### SECTOR SOMATOTROFICO - DOSAJE DE HORMONA DE CRECIMIENTO

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

##### SECTOR TIROTROFICO

	Fecha	Unid.	Resultado	Valores normales
T 3:	.../.../...	_____	_____	_____
<u>T4:</u>	.../.../...	_____	_____	_____
_____:	.../.../...	_____	_____	_____
<u>ISH:</u>	.../.../...	_____	Basal: _____ 30': _____	
Anticuerpos anti tiroideos (TPO)	.../.../...	Título		
Prolactina:	.../.../...	Basal:	_____	

Apellido y Nombre:

SECTOR ADRENOCORTICOTROFICO

PRUEBA DE:

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

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:	__/__/__	SC:____% SB:____% I____% PB____%	_____	_____	_____	_____

Apellido y nombre:

OTROS EXAMENES - LABORATORIO  
SANGRE

	Fecha	Resultado	Unid.
Urea	__/__/__	_____	_____
Creatinina	__/__/__	_____	_____
Colesterol	__/__/__	_____	_____
Glucemia	__/__/__	_____	_____
Insulinemia	__/__/__	_____	_____
Hemoglobina	__/__/__	_____	_____
Hb A1c	__/__/__	_____	_____
Hematocrito	__/__/__	_____	_____

ORINA

Densidad Urinaria:	Proteinuria:	Glucosuria:
Ph :	Sedimento:	_____

RADIOLOGIA

	FECHA	INFORME
Cráneo	__/__/__	_____
Silla Turca	__/__/__	_____
T.A.C.(*)	__/__/__	_____
R.N.M.(*)	__/__/__	_____

Otros:                      \_\_/\_\_/\_\_

(\*) una u otra

OTROS EXAMENES

Absorc. Intestinal	__/__/__
Cariotipo	__/__/__
Otros:	__/__/__

Apellido y nombre:

**ANTROPOMETRÍA Y MADURACION FISICA**

Fecha									
Edad cronológica									
Estatura (cm)									
Velocidad de crecim. (cm/año)									
Peso (Kg)									
Circunferencia craneana (cm)									
Edad ósea ("años")									
Desarr. Genital  (Gó M-VP)									
Tratamiento									

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

TRATAMIENTO	FECHA	EDAD CRONOL.	DOSIS
	de      a	de      a	

**DIAGNOSTICO FINAL**

**Retardo de crecimiento por BPEG**

Asociado a:

Insuficiencia Hipofisaria

Aislada:

Múltiple:

Otros problemas

Especificar: .....

Etiología del BPEG

desconocida:

conocida:

Especificar: .....

Enfermedad General Concomitante:

**APENDICE "G"**

**SOLICITUD DE CONTINUACION O MODIFICACION DE TRATAMIENTO CON  
HORMONA DE CRECIMIENTO**

**Lugar y fecha:** Buenos Aires,

**Paciente:** ..... **Edad:** ..... años

**Historia Clínica N°:** .....

**Diagnóstico:** Retardo de crecimiento secuela de Retardo de Crecimiento  
Intrauterino / Baja talla para Edad Gestacional

**GH utilizada (Marca):** .....

**Dosis actual:** ..... mG/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 (mmHg)
<b>Inicio Tratamiento</b>					
<b>Control Anterior</b>					
<b>Control Actual</b>					

**Laboratorio: Fecha:** .....

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

**Edad Osea (una por año):**..... **Fecha:**...../...../..... **GyP/Tanner**

**Estadío 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

FECHA