



*Nº _____

PROTOCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO
CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN PACIENTES ADULTOS

MEDICAMENTO: _____ **

HOJA DE FILIACION

1. **DATOS DEL PACIENTE***** :

NUMERO DE LA S.S.: _____

NUMERO D.N.I.: _____

Primer apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Segundo apellido: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Cod.Postal: _____

2. **HOSPITAL** : _____ Dirección: _____

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado Nº:
Teléfono:	Email:	

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:		

Motivos denegación:
Observaciones:

EL COMITÉ ASESOR

* El Nº será asignado en la Secretaría del Comité Asesor.
** Indicar nombre comercial de la especialidad farmacéutica.

*** 8 Urcg'fY[i `UXcg'dcf '@mCf[zb]WJ\$' #S% `XY) `8]WYa VfYZXYDfchWVOC`XY8 Urcg'DYfgcbUYg'm[UUbhJUXY`cg'XYfYW cg'X][JHUYg''''
Fichero regulado por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 21/06/1994

PROTOCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN ADULTOS.

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Edad: _____ Sexo Masculino: _____ Sexo Femenino: _____

2. HISTORIA DE LA DEFICIENCIA DE HC

2.1. Fecha del diagnóstico (año) _____ Edad al diagnóstico _____

2.2. Etiología de la deficiencia

2.2.1. Tumor hipotálamo-hipofisario o su tratamiento

Craneofaringioma	Adenoma funcional	Tumor indiferenciado
Germinoma (pinealoma)	Adenoma no funcional	Otros (especificar) _____

2.2.2. Tumores distantes del área hipotálamo-hipofisaria o su tratamiento

Astrocitoma	Ependimoma	Tumor indeferenciado
Glioma	Meduloblastoma	Otros (especificar) _____

2.2.3. Otras etiologías

Cirugía (otra que no sea la hipofisaria)	Silla turca vacía
Irradiación (otra que no sea la del tratamiento tumoral)	Quiste aracnoideo
Traumatismo	Idiopática
Displasia septo-óptica	Déficit aislado HC en la infancia
Enfermedad de Sheehan	Otras (especificar) _____

2.3. Otras deficiencias hormonales

	Sí	No	Fecha del diagnóstico (año)	Edad al diagnóstico (años)
Déficit FSH/LH			_____	_____
Déficit TSH			_____	_____
Déficit ACTH			_____	_____
Déficit ADH			_____	_____

2.4. Tratamiento del tumor craneal (indicar los tres últimos tratamientos)

Fecha (MM/AA) _____ / _____ / _____

Cirugía

Transcraneal

Transesfenoidal

Radioterapia

Dosis _____

2.5. Otras patologías de interés

	Sí	No	Sí	No
Hipertensión.....			Artropatía.....	
Coronariopatía.....			Fracturas óseas.....	
Enfermedad cerebrovascular.....			Diabetes mellitus.....	
Síndrome de túnel carpiano.....			Especificaciones	
Neoplasias.....			_____	
Dislipemias.....			_____	
Otras endocrinopatías.....			_____	
Otras (especificarlas).....			_____	

2.6. Menopausia fisiológica.....

2.7. Antecedentes farmacológicos

2.7.1. Tratamiento sustitutivo hormonal en el momento del diagnóstico del déficit de HC

	Ha recibido	Recibe	Dosis	Fecha/inicio
Testosterona			_____	_____
Estrógenos/progesterona			_____	_____
Tiroxina			_____	_____
Glucocorticoides			_____	_____
DDAVP			_____	_____
Gonadotrofinas			_____	_____

2.7.2. Otros tratamientos (especificarlos)

Nombre genérico o comercial	Ha recibido	Recibe	Dosis	Fecha/inicio
_____			_____	_____
_____			_____	_____
_____			_____	_____
_____			_____	_____
_____			_____	_____

3. EXPLORACION FISICA

Fecha.....

Peso..... Kg

Talla..... cm

Perímetro cintura..... cm

Frecuencia cardiaca... / min.

Indice masa corporal.....

Tensión arterial sistólica..... mmHg

Tensión arterial diastólica..... mmHg

4. DETERMINACIONES ANALITICAS BAJO TRATAMIENTO HORMONAL SUTITUTIVO

4.1. Hormonales

	Valor	Unidades	Método	Fecha determinación
T4 libre.....	_____	_____	_____	_____
Cortisol sérico basal.....	_____	_____	_____	_____
Testosterona total/libre(ng/ml).....	_____	_____	_____	_____
IGF-1 (ng/ml).....	_____	_____	_____	_____
Estradiol (en mujeres).....	_____	_____	_____	_____
*Interv.Normalidad. IGF1.....	_____	_____	_____	_____

Pruebas de estimulación de **Hormona de Crecimiento**.....

Hipoglucemia insulínica

Glucemia..... Basal Nadir/Pico

HC (ng/ml.).....

Otros (especificar):

HC (ng/ml.).....

4.2. Bioquímica general

Fecha determinación.....

Resultados (unidades)	Normal	
	Sí	No
TFGe.....		
AST (GOT).....		
ALT (GPT).....		
Glucemia.....		
Colesterol total.....		
Colesterol HDL.....		
Colesterol LDL.....		
Triglicéridos		

* Intervalo de Normalidad de IGF1 (si esta disponible)

5. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

5.1. RMN (En caso de tumor hipofisario tratado, se precisará una RMN previa a la solicitud, después de un periodo mínimo de un año desde la finalización del tratamiento del tumor)

Resultados: _____ Fecha _____

5.2. Fondo de ojo

Fecha..... _____

Resultados:

5.3. ECG

Fecha..... _____

Normal.....

Anormal..... Especificar _____

5.4. Composición corporal

Fecha..... _____

	Valor	Unidades
Masa grasa.....	_____	_____
Masa magra.....	_____	_____
Agua total corporal.....	_____	_____
Método _____		

6. TRATAMIENTO PREVIO CON HC

Inicio..... _____ Edad..... _____

Terminación..... _____ Edad..... _____

En tratamiento Sí No En caso afirmativo, especificar mg/día: _____

7. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Fecha..... _____

Obligatorio "Cuestionario QoL-AGHDA" y como opcional "Perfil de salud de Nottigham". Especificar sólo el valor de puntuación.

	Tipo	Puntuación	Interpretación
QoL- AGHDA	_____	_____	_____
Perfil Salud Nottingham	_____	_____	_____

8. ORIENTACIÓN DIAGNOSTICA

9. INDICACIÓN TERAPEUTICA

10. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS