

Buenos Aires,.....

Ref.: Tratamiento con Hormona de Crecimiento
para el paciente:

Sr./Sra.

Ministro de Salud

S / D

Me dirijo a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer las gestiones para que la Dependencia a su cargo financie el tratamiento con Hormona de Crecimiento para el/la paciente de referencia, cuyo resumen de la Historia Clínica enviamos adjunto.

El diagnóstico es: **Retardo de crecimiento secuela de Retardo de Crecimiento Intrauterino / Baja talla para Edad Gestacional.**

El tratamiento indicado es con Hormona de Crecimiento recombinante humano.

La dosis de H. de Crecimiento para este/a paciente es de mG/semana.

El tratamiento debe efectuarse mientras sea efectivo o sea que, en este caso, el/la paciente crezca a una velocidad adecuada. En general, el tiempo indicado para este/a paciente es de (.....) años.

Por la presente asumimos el compromiso de efectuar periódicamente los controles antropométricos, clínicos y de laboratorio necesarios para asegurar la máxima efectividad y seguridad terapéutica.

Asimismo informaremos, cada seis meses acerca de la evolución del/la paciente. Sin otro particular saludamos a Ud. muy atentamente

Jefe de Servicio

Dr. Médico/a tratante

* Se adjunta receta correspondiente para cubrir el tratamiento por tres meses.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA INICIO DE TRATAMIENTO

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

DNI:

Fechas:

Nacimiento: / /

1ra.consulta: / /

Sexo:

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.

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo: **Nº** **Evolución:** **Duración:** **sem.**

Parto: _____	Nº _____	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

EXAMEN FISICO		<u>Edad Cronol.:</u>	
<u>Estatura</u> (cm)	SDS	Estat.Sent:	Perc.Prop.Corp:
<u>Peso</u> (Kg):	<u>Circunf.Craneana</u> (cm):		
<u>Estado Nutricional</u>	Indice masa Corporal:Kg/m ²		
<u>Desarrollo Puberal</u> (grados de Tanner)			
Mamas:	Vello pubiano:	<u>Edad Menarca</u>	años
Datos Clínicos Positivos:			

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:	_____	

SECTOR ADRENOCORTICOTROFICO

PRUEBA DE:

	Fecha	Unid.	Basal	20'	30'	60'	90'
Glucemia:	<u> / / </u>	<u> </u>	<u> </u>				
Cortisol	<u> / / </u>	<u> </u>	<u> </u>				
<u> </u> :	<u> / / </u>	<u> </u>	<u> </u>				

SECTOR GONADOTRÓFICO:

Desarrollo Puberal(grados de Tanner)

Genitales:

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	__/__/__	_____	_____
<u>Creatinina</u>	__/__/__	_____	_____
Colesterol	__/__/__	_____	_____
<u>Glucemia</u>	__/__/__	_____	_____
<u>Insulinemia</u>	__/__/__	_____	_____
<u>Hemoglobina</u>	__/__/__	_____	_____
Hb A1c	__/__/__	_____	_____
Hematocrito	__/__/__	_____	_____

ORINA

__/__/__

Densidad Urinaria:

Proteinuria:

Glucosuria:

Ph :

Sedimento:

RADIOLOGIA

	FECHA	INFORME
Cráneo	__/__/__	_____
Silla Turca	__/__/__	_____
<u>T.A.C.(*)</u>	__/__/__	_____

<u>R.N.M.(*)</u>	__/__/__	_____

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:

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)
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: / I: 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:

SOLICITUD DE FINALIZACION 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.**

MOTIVO DE LA SUSPENSION:

Finalización

Abandono : ☐ No cumplimiento ☐

Decisión propia ☐

Decisión médica : ☐ Motivo :

Otros :

Antropometría

	Fecha	Estatura (cm)	Peso (Kg)	Vel. Crecimiento (cm/año)	SDS
Inicio Tratamiento					
Control Anterior					
Control Actual					

Laboratorio: Fecha:

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

Edad Osea (última): **Fecha:** .../.../... **GyP/Tanner**

Estadio Puberal: G/M: **VP:** **Tam. Test:** D... / L... **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