

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.

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:	__/__/__	_____	_____	_____
T4:	__/__/__	_____	_____	_____
_____:	__/__/__	_____	_____	_____
ISH:	__/__/__	_____	Basal: _____ 30': _____	
Anticuerpos anti tiroideos (TPO)	__/__/__	Título		
Prolactina:	__/__/__	Basal:	_____	

Apellido y Nombre:

SECTOR ADRENOCORTICOTRÓFICO

PRUEBA DE:

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

SECTOR GONADOTRÓFICO:

Desarrollo Puberal(grados de Tanner)

Genitales: Mamas: Vello pubiano :

Edad Menarca años

	Fecha	Unid.	Basal	20'	30'	60'
LH:	<u> / / </u>	_____	_____	_____	_____	_____
FSH:	<u> / / </u>	_____	_____	_____	_____	_____
_____:	<u> / / </u>	_____	_____	_____	_____	_____
_____:	<u> / / </u>	_____	_____	_____	_____	_____
Estradiol:	<u> / / </u>	_____	Resultado:	_____	_____	_____
_____:	<u> / / </u>	_____	Resultado:	_____	_____	_____
_____:	<u> / / </u>	_____	Resultado:	_____	_____	_____
Urocitograma:	<u> / / </u>	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	__/__/__	_____
<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° inycc./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... / 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