



*Nº _____

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

MEDICAMENTO: _____ **

HOJA DE FILIACIÓN

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

NÚMERO DE LA S.S.: _____

MUTUALIDAD (en su caso): _____

Primer apellido: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Segundo apellido: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Cód. postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

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

Localidad:	Provincia:	C. P.:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado Nº:
Teléfono:	Email:	

FIRMA DEL MÉDICO 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 es el que fue asignado en la Secretaría del Comité Asesor.

** Indicar nombre comercial de la especialidad farmacéutica prescrita.

***Datos regulados por Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Fichero regulado por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 21/06/1994

1.- RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO

Medicamento: _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo masculino

Sexo femenino

Diagnóstico

Déficit aislado
Déficit múltiple (señalar déficit)

Comienzo: Infantil
Adulto

FSH/LH
TSH

ACTH
ADH

Etiología:

Utilizar esta hoja "EXCLUSIVAMENTE" para cumplimentar 5 seguimientos y no una hoja diferente para cada año.

	INICIO ¹		SEGUIMIENTOS											
			1°		2°		3 ^a		4°		5°			
Fecha (MM/AAAA)														
Edad (años)														
TRAT. SUSTITUTIVO HORMONAL	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco
Hormona de Crecimiento (mg/día)														
Testosterona														
Estrógenos/progesterona														
Tiroxina (µg/día)														
Glucocorticoides (mg/día)														
DDAVP (µg/día)														
Gonadotrofinas														

Exploración física

Índice masa corporal (kg/m ²)						
Perímetro cintura (cm)						
Tensión arterial sistólica (mmHg)						
Tensión arterial diastólica (mmHg)						

Analíticas

IGF-1 (ng/ml)						
Interv. referencia IGF-1 (obligatorio)						
TFGe (ml/min)						
AST (GOT) (U/l)						
ALT (GPT) (U/l)						
Glucemia (mg/dl)						
Colesterol LDL (mg/dl)						
Triglicéridos (mg/dl)						
HbA1c (%)						

Calidad de vida ²

QoI-AGHDA	Puntuación					
	Interpretación					
Perfil Salud Nottingham	Puntuación					
	Interpretación					

¹ Rellenar esta columna con los datos consignados en el protocolo inicial (antes del tratamiento con Hormona de Crecimiento).

² No adjuntar fotocopias de los cuestionarios de calidad de vida. Indicar solo respuestas positivas.

SEGUIMIENTOS

FECHA (MM/AAAA)	INICIO	1º		2º		3º		4º		5º	
			Cambio ¹								
		Si	No								

RMN hipotálamo-hipofisaria
Obligatorio en pacientes con tumores hipofisarios dentro de los 5 primeros años.

Composición corporal

Masa de grasa (kg/%)						
Masa magra (kg/%)						
Agua total corporal (kg/%)						

Densitometría³

Cadera (T-score)					
Columna lumbar (T-score)					

Efectos secundarios del tratamiento con HC

Síndrome túnel carpiano	X				
Edemas					
Recidiva patología hipotálamo-hipofisaria					
Intolerancia a la glucosa					
Diabetes mellitus					
HTA					
Artralgias					
Efectos prostáticos					
Otros (especificar)					

¿Ha aparecido alguna contraindicación para el tratamiento con HC? (especificar):

Observaciones:

¹ Señalar con X

² Si ha habido cambios respecto a la situación inicial, especificarlos en observaciones.

³ Opcional