



Comité de Hormona de Crecimiento de MUFACE

Nº _____

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

MEDICAMENTO: _____

HOJA DE FILIACIÓN

1. DATOS DEL PACIENTE : Nº AFILIACIÓN: _____

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

PROTOCOLO N° "aaaaaaaaaaaaaaaaaa

PROTOCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN ADULTOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

Adenoma funcional	Adenoma no funcional
Craneofaringioma	Otros (especificar) _____

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

Especificar tipo de tumor _____

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/AAAA) _____ / _____ / _____
Cirugía
Transcraneal
Transesfenoidal
Radioterapia (MM/AAAA) _____ / _____ / _____ Dosis _____

2.5. Otras patologías de interés

.....
Sí	No	ÁSí	No	
Parálisis facial	Urgencia aguda			
Ófago dilatado	Ófago dilatado			
Ófago dilatado	Ófago dilatado			

Otras patologías de interés (especificar): _____

2.6. Menopausia fisiológica Sí No

2.7. Antecedentes farmacológicos

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

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

2.7.2. Otros tratamientos (especificarlos)

Nombre genérico o comercial	Ha recibido	Recibe	Dosis	Fecha de inicio

3. EXPLORACION FÍSICA

Peso _____ kg

Talla _____ cm

Perímetro cintura _____ cm

Índice masa corporal _____

Fecha (DD/MM/AAAA) _____

Tensión arterial sistólica _____ mmHg

Tensión arterial diastólica _____ mmHg

4. DETERMINACIONES ANALÍTICAS BAJO TRATAMIENTO HORMONAL SUTITUTIVO**4.1. Hormonales**

	Valor	Unidades	Método	Fecha determinación
IGF-1 (ng/ml).....	_____	_____	_____	_____
*Intervalo normalidad IGF-1 (ng/ml).....	_____	_____	_____	_____
T4 libre.....	_____	_____	_____	_____
Cortisol basal	_____	_____	_____	_____
Testosterona total (hombres).....	_____	_____	_____	_____
Estradiol (mujeres).....	_____	_____	_____	_____

Pruebas de estimulación de hormona de crecimiento

Hipoglucemia insulínica		Basal	Nadir/Pico	Fecha
Glucemia.....	_____	_____	_____	_____
HC (ng/ml).....	_____	_____	_____	_____
Otros (especificar):	_____	_____	_____	_____
HC (ng/ml)	_____	_____	_____	_____

4.2. Bioquímica general Fecha determinación _____

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

* Intervalo de normalidad de IGF1 para la edad y el sexo del paciente (obligatorio)

