



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** : N° 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 N°:
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

Edad: Sexo Masculino: Sexo Femenino:

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

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)

Sí	No	Fecha del diagnóstico (año)	Edad al diagnóstico (años)
----	----	-----------------------------	----------------------------

Déficit FSH/LH

Déficit TSH

Déficit ACTH

Déficit ADH

Fecha (MM/AAAA) / /

Cirugía

Transcranial

Transefenoidal

Radioterapia (MM/AAA) _____ / _____ / _____ Dosis _____

..... Sí No ~~Así~~ Sí No

$$P_{\vec{q}} \wedge \{c\} \cdot \vec{a}$$

Ùǫ ǎ! [{ ^Áǎ^|Áǫ} ^|Áǣ] ǣ [

Ô[:[} æā | æēæ

$$\ddot{O} \tilde{a} \tilde{e} \wedge c \bullet \acute{A} \wedge || \tilde{a} \tilde{v} \bullet$$

Ò} Æ&^|^à|[cæ &|æ

·p^[]|æ ãæ·

Otras patologías de interés (especificar): _____

2.6. Menopausia fisiológica	Sí	No
------------------------------------	----	----

PROTOCOLO N° _____

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

Fecha (DD/MM/AAAA) _____

Peso _____ kg

Talla _____ cm

Perímetro cintura _____ cm

Índice masa corporal _____

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 Sí No	Resultados (unidades)	Normal 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)

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

Resultados: Fecha _____

--

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 medicamento y dosis (mg/día): _____

7. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA Fecha _____

Obligatorio "Cuestionario QoL-AGHDA" y como opcional "Perfil de salud de Nottigham".
ESPECIFICAR LA PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE CADA TEST.

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

8. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

--

9. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

--

10. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

--