



Comité de Hormona de Crecimiento de MUFACE

Nº _____

PROTOCOLO PARA **SEGUIMIENTO 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 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

1.- RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO

Medicamento: _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo masculino

Sexo femenino

DiagnósticoDéficit aislado
Déficit múltiple (señalar déficit)Comienzo: Infantil
AdultoFSH/LH
TSHACTH
ADH

Etiología:

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

	INICIO ¹	SEGUIMIENTOS									
		1º		2º		3º		4º		5º	
Fecha (MM/AAAA)											
Edad (años)											
TRAT. SUSTITUTIVO HORMONAL	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis	fármaco	dosis
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

Qol-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	Si	No	Si	No	Si	No	Si
RMN hipotálamo-hipofisaria		Cambio ¹		Cambio ¹		Cambio ¹		Cambio ¹		Cambio ¹	
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	\ \ /						
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