



\*Nº \_\_\_\_\_

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

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ \*\*

HOJA DE FILIACION

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

NUMERO DE LA S.S.: \_\_\_\_\_

NUMERO D.N.I.: \_\_\_\_\_

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Segundo apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Cod.Postal \_\_\_\_\_

2. **HOSPITAL** : \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado Nº:
Teléfono:	Email:	

FIRMA DEL MEDICO  
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 Nº será asignado en la Secretaría del Comité Asesor.  
\*\* Indicar nombre comercial de la especialidad farmacéutica.

EL COMITÉ ASESOR

...f8 Urcg'fY] i `UXcg'dcf`Y`FY] `La ]Ybrt'fl 9L&\$%# +- `XY`DUf`La Ybrt'9i fcdYc`mXY`7 cbgYc`zXY`&+`UVf]`XY`&\$%`zfY`UHj`c`U`Udfc`HWYOB  
...XY`Ug`dYfgcbUg`Zg]VUg": ]W`Yfc`fY] i `UXc`dcf`CfXYb`XY`A`]b]ghYf]c`XY`GUb]XUX`m7`cbgi`a`c`XY`&/%`#%`#%`-`{

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

**1. DATOS DE IDENTIFICACION**

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

Craneofaringioma	Adenoma funcional	Tumor indiferenciado
Germinoma (pinealoma)	Adenoma no funcional	Otros (especificar) _____

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

Astrocitoma	Ependimoma	Tumor indeferenciado
Glioma	Meduloblastoma	Otros (especificar) _____

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/AA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cirugía

Transcraneal

Transesfenoidal

Radioterapia

Dosis \_\_\_\_\_

**2.5. Otras patologías de interés**

	Sí	No	Sí	No
Hipertensión.....			Artropatía.....	
Coronariopatía.....			Fracturas óseas.....	
Enfermedad cerebrovascular.....			Diabetes mellitus.....	
Síndrome de túnel carpiano.....			Especificaciones	
Neoplasias.....			_____	
Dislipemias.....			_____	
Otras endocrinopatías.....			_____	
Otras (especificarlas).....			_____	

**2.6. Menopausia fisiológica.....**

## 2.7. Antecedentes farmacológicos

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

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

### 2.7.2. Otros tratamientos (especificarlos)

Nombre genérico o comercial	Ha recibido	Recibe	Dosis	Fecha/inicio
_____			_____	_____
_____			_____	_____
_____			_____	_____
_____			_____	_____
_____			_____	_____

## 3. EXPLORACION FISICA

Fecha.....

Peso..... Kg

Talla..... cm

Perímetro cintura..... cm

Frecuencia cardiaca... / min.

Indice masa corporal.....

Tensión arterial sistólica..... mmHg

Tensión arterial diastólica..... mmHg

## 4. DETERMINACIONES ANALITICAS BAJO TRATAMIENTO HORMONAL SUTITUTIVO

### 4.1. Hormonales

	Valor	Unidades	Método	Fecha determinación
T4 libre.....	_____	_____	_____	_____
Cortisol sérico basal.....	_____	_____	_____	_____
Testosterona total/libre(ng/ml).....	_____	_____	_____	_____
IGF-1 (ng/ml).....	_____	_____	_____	_____
Estradiol (en mujeres).....	_____	_____	_____	_____
*Interv.Normalidad. IGF1.....	_____	_____	_____	_____

Pruebas de estimulación de **Hormona de Crecimiento**.....

Hipoglucemia insulínica

	Basal	Nadir/Pico
Glucemia.....	_____	_____

HC (ng/ml.).....

Otros (especificar):

HC (ng/ml.).....

### 4.2. Bioquímica general

Fecha determinación.....

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

\* Intervalo de Normalidad de IGF1 (si esta disponible)

**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**

Fecha..... \_\_\_\_\_

Resultados:

**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 mg/día: \_\_\_\_\_

**7. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA**

Fecha..... \_\_\_\_\_

**Obligatorio “Cuestionario QoL-AGHDA” y como opcional “Perfil de salud de Nottigham”. Especificar sólo el valor de puntuación.**

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

**8. ORIENTACIÓN DIAGNOSTICA**

**9. INDICACIÓN TERAPEUTICA**

**10. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS**