



*Nº _____

PROTOCOLO PARA INICIO 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 será asignado en la Secretaría del Comité Asesor.

** Indicar nombre comercial de la especialidad farmacéutica a prescribir.

***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

PROCOLO 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	Sí	No
P			U		
Ó			Ö		
Ò			'P		

Otras patologías de interés (especificar): _____

2.6. Menopausia fisiológica Sí No

PROCOLO 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