



Codi assignat a la sol·licitud

Metge/essa especialista que fa la sol·licitud

Núm de col·legiat/ada*

Centre sanitari

Codi

Servei / Unitat del centre sanitari

Sol·licitud de renovació anual del tractament amb hormona de creixement en la insuficiència renal crònica

Dades personals del pacient

Cognoms

Nom

Data de naixement

Sexe

masculí femení

Població habitual de residència

Codi d'identificació personal (CIP)

Núm. d'història clínica

Dades a l'inici del tractament

Quin dia va iniciar el tractament?

Edat dec.

____, ____

Quina era la talla (mm)?

Quin era el pes (g)?

SDS

-____, ____

Exploració a l'any

Situació actual: insuficiència renal hemodiàlisi diàlisi peritoneal

Dades auxiliàries

Desenvolupament sexual

data _____

dec. ____ , ____

pèl púbica (1-5) ____

edat ____

dec. ____ , ____

volum testicles: dret ____ esquerre ____

talla (mm) _____

v.c. ____ , ____

mames (1-5) ____

pes (g) _____

SDS - ____ , ____

menarquia: (1 = sí; 2 = no) ____

EO: anys ____ mesos ____

TAS (mmHg) _____

edat de la menarquia: anys ____ mesos ____

TAD (mmHg) _____

Dades analítiques

urea (mg/dl) _____

PTH (ng/ml) _____

CO₃H⁻ (meq/l) _____

creatinina (mg/dl) _____

pH _____

Ca (mg/dl) _____

prot. total (g/dl) _____

EB _____

P (mg/dl) _____

albúmina (g/dl) _____

hiperparatiroidisme: sí no

Reaccions adverses observades: generals locals (descriu-les breument)

Observacions

Diagnòstic

Canvis en el tractament de la insuficiència renal crònica (especifiqueu-los)

Tractament de continuació que es proposa

Nom comercial

Dosi (mg/setmana)

Freqüència (inj./setmana)

Signatura del metge/essa

Data

Conclusions

Informe favorable sí no

Pauta autoritzada (mg/setmana)

Motius/observacions

Signatura dels membres del Consell assessor sobre la utilització terapèutica de l'hormona de creixement i substàncies relacionades

Data

ADJUNTEU REPRESENTACIÓ GRÀFICA DE LES TALLES EN LA CORBA DE CREIXEMENT

Nota: Guardeu aquest full dins de la història clínica i recordeu d'enviar-lo abans del dia