



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

Notificació de finalització del tractament amb hormona de creixement

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

- ____ | ____

Dades de l'última exploració

Dades auxològiques

Desenvolupament sexual

data ____ | ____ | ____

dec. ____ | ____

pèl púbic (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 ____

data de la menarquia: any ____ mes ____

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

Observacions

Finalització del tractament

Motiu

Signatura del metge/essa

Data

* Especificueu el codi de província en els dos primers dígits.