



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 tractament amb hormona de creixement en nens

### 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

\_\_\_\_\_

### Motius de la indicació d'hormona

- Dèficit d'hormona de creixement  Creixement intrauterí retardat (C.I.R)
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Prader-Willi (Cal adjuntar una còpia del resultat de la prova genètica)
- Altres:.....

\*Especifiquen el codi de província en els dos primers dígitos.

# Resum de la història clínica

## Instruccions per a emplenar la sol·licitud

Contesteu les preguntes posant-hi una creu o emplenant les caselles corresponents.

### 1. Dades dels familiars

1.1. Talla del pare

\_\_\_\_ mm  desconeguda Desviació estàndard \_\_\_\_ , \_\_\_\_

1.2. Talla de la mare

\_\_\_\_ mm  desconeguda Desviació estàndard \_\_\_\_ , \_\_\_\_

1.3. Quants germans té?

\_\_\_\_ Quin ordre ocupa? \_\_\_\_

1.4. Algun/a germà/ana pateix aquest dèficit?

sí  no *En cas afirmatiu: quants?* \_\_\_\_

### 2. Dades del part i del període neonatal

2.1. Sexe

masculí  femení

Data de naixement

\_\_\_\_

2.2. Com va ser el part?

eutòcic  distòcic  desconegut

2.3. Temps de gestació

\_\_\_\_ setmanes

desconegut

2.4. Tipus de terminació

vaginal

cesària

desconeguda

2.5. Presentació (només en el cas de terminació vaginal)

cefàlica

podàlica

altres

desconeguda

2.6. Pes en néixer

\_\_\_\_ g Desviació estàndard \_\_\_\_ , \_\_\_\_

2.7. Llargada en néixer

\_\_\_\_ mm Desviació estàndard \_\_\_\_ , \_\_\_\_

2.8. Evolució psicomotora

normal  retardada

2.9. Hi ha mancança afectiva?

sí

no

desconegut

### 3. Antecedents farmacològics

sí  no

3.1. Quina medicació?

n'ha rebut en rep

tiroxina

cortisona

hormones sexuals

anabolitzans

altres:

.....

.....

.....

#### 4. Característiques del retard

4.1. La data de l'inici del retard es basa en:

seguiment mèdic propi  manifestacions dels pares

4.2. La morfologia del retard és:

proporcional  dismòrfica

4.3. Simptomatologia acompanyant (es tracta d'afeccions relacionades amb el creixement)

sí  no

4.3.1. Quines?

- ha tingut diarrees cròniques
- pateix pneumopatia crònica
- té hepatopatia
- pateix alguna altra afecció que calgui remarcar

*En cas afirmatiu: quina?*

4.4. Hi ha altres característiques del retard que considereu interessants d'esmentar?

sí  no

*En cas afirmatiu: quines?*

4.5. L'etiologia del retard és:

- idiopàtica
- tumoració
- malformació
- altres (especifiqueu-les):

4.6. Pubertat: li han aparegut signes puberals?

sí  no

*En cas afirmatiu: a quina edat li han aparegut?*

\_\_\_\_ anys \_\_\_\_ mesos

L'aparició dels signes puberals ha estat:

- espontània
- induïda
- desconeguda

#### 5. Diferenciació de casos antics i nous

5.1. Ha estat sotmès a tractament amb GH?

sí  no

5.2. *En cas negatiu: quina era la velocitat de creixement durant l'any anterior?*

\_\_\_\_\_ mm/any

5.3. *En cas afirmatiu: data de l'inici de la terapèutica amb GH*

\_\_\_\_\_

Quina era la velocitat de creixement prèvia al tractament durant l'any anterior?

\_\_\_\_\_ mm/any

Quina va ser la velocitat de creixement posterior al tractament durant el primer any?

\_\_\_\_\_ mm/any

#### 6. Exploració actual

6.1. Auxologia

Data de l'exploració

\_\_\_\_\_

Quant pesa?

\_\_\_\_\_ g

Quant fa d'alçada?

\_\_\_\_\_ mm

Quina és la desviació estàndard ?

\_\_\_\_, \_\_\_\_

6.2. Edat òssia, quin mètode s'ha utilitzat?

atles  numèric

Quina és l'edat òssia calculada?

6.3. Desenvolupament sexual

data de l'exploració

pèl púbic (1-5)

volum dels testicles  dret  esquerre

mames (1-5)

menàrquia  sí  no

data de la menàrquia  any  mesos

Adjunteu REPRESENTACIÓ GRÀFICA de les talles en les corbes de creixement

7. Determinacions analítiques

7.1. Funció tiroïdal

Data determinació

T <sub>4</sub>				T <sub>4</sub> lliure			TSH		
valor	unitats	mètode	i/o	valor	unitats	mètode	valor	unitats	mètode
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7.2. Determinació d'IGF-I

Data determinació

IGF-I		
valor	unitats	mètode
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7.3. Proves d'estimulació hormona de creixement **dues com a mínim**

Hipoglucèmia insulínica

data

temps

glicèmia

GH (ng/ml)

mètode

Exercici+propranolol

data

temps

GH (ng/ml)

mètode

Clonidina

data

temps

GH (ng/ml)

mètode

Altres

data

temps

GH (ng/ml)

mètode

7.4. Opcional

IGF-BP3

Data determinació

valor	unitats	mètode
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Test de generació d'IGF-I

Data determinació

dosi GH (UI/kgx dies)

IGF-I

	valor	unitats	mètode
basal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
postestímul	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7.5. Exploració de la funció gonadal

Data determinació

	valor	unitats	mètode
testosterona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FSH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 8. Dades addicionals per la síndrome de Prader-Willi

---

plec cutani tricripital: ..... mm  
plec cutani subescapular: ..... mm  
índex de massa corporal (IMC): ..... kg/m  
índex cintura/maluc: .....  
Glucèmia: .....  
perfil lipídic:  
    colesterol total: ..... mg/dl  
    colesterol LDL: ..... mg/dl  
    colesterol HDL: ..... mg/dl  
    colesterol VLDL: ..... mg/dl  
    triglicèrids: ..... mg/dl  
    ratio CT/HDL: ..... mg/dl

Data determinació

## 9. Dades addicionals pel creixement intrauterí retardat (C.I.R)

---

### IGF-BP3

	valor	unitats	mètode	data de la determinació
Glucèmia basal	_____	_____	_____	_____
Insulinèmia basal	_____	_____	_____	_____
Hemoglobina glicada	_____	_____	_____	_____
Lipidograma	_____	_____	_____	_____

## 10. Observacions o comentaris

---

## 11. Orientació diagnòstica

---

## 12. Indicació terapèutica

---

Nom comercial \_\_\_\_\_

Dosificació setmanal (mg/setmana) \_\_\_\_\_

Freqüència \_\_\_\_\_

Signatura del metge/essa proponent \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

---

**Conclusions (a emplenar per l'Administració)**

---

Informe favorable

sí  no

---

Diagnòstic

--	--	--	--	--	--

---

Motius/observacions

---

---

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

Data

---