

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA PARA PACIENTES CON
INSUFICIENCIA HIPOFISARIA

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

DNI:

___/___/___

Fechas:

Nacimiento.:

1ra.consulta:

___/___/___

Sexo:

Actual:

___/___/___

Nacionalidad:

Edad Actual: _____años

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

Teléfono:

Obra Social:

Nro.Afiliado:

Institución:

Hist.

Clínica

Nro.: _____

Médico Tratante:

M.P.: _____

Domicilio:

Localidad:

Cód. Postal:

Teléfono:

Referido por:

Diagnóstico:

¿Está/estuvo en tratamiento con Hormona de Crecimiento?:

Si/No

Hormona:

Dosis:

Fecha Iniciación: ___/___/___ Fecha terminación: ___/___/___

Financia/ó:

Lugar:

LOS DATOS PERTENECIENTES A ESTA HOJA DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE.

En la hojas siguientes los datos subrayados son obligatorios.

Apellido y Nombre:

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo: N° Evolución: Duración:sem.

Parto: N° Carácter.: Anestesia:
Present.: Maniobras: Apgar: 1'...5'...
Peso Nac.: Long.corp....cm Perinatología:
Madurac. Ps.motriz: Escol.Grado: Déficit Mental:

ENFERMEDADES PADECIDAS:

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE

Fecha de Nac.:___/___/___ Edad Actual:
Estatura(cm):.....

Edad desarr.Puber.: Profesión: Vive?:

Sano (S/N): Especificar:

MADRE

Fecha de Nac.:___/___/___ Edad Actual:
Estatura(cm):.....

Edad Menarca: Profesión: Vive?:

Sana (S/N): Especificar:

HERMANOS

Sexo: Edad actual: Talla:

E.Menarca/desarrollo:

Sexo: Edad actual: Talla:

E.Menarca/desarrollo:

Sexo: Edad actual: Talla:

E.Menarca/desarrollo:

Enfermedades en la Familia: Parentesco:

Nivel Socio-Económico: Núcleo

Familiar:

ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta:

Evolución de los Síntomas: Fecha: .../.../.....

EXAMEN FISICO

Edad Cronol.:

Estatura (cm):.....SDS:.....

Estat.Sent:.....Perc.Prop.Corp:..

Peso (Kg): Circunf.Craneana (cm):.....

Estado Nutricional:

Desarrollo Puberal(grados de Tanner)

Mamas:....Vello pubiano..... Edad Menarca: años

Datos Clínicos Positivos:

Apellido y Nombre:

ESTUDIO DE LA FUNCION HIPOFISARIA

SECTOR SOMATOTROFICO - DOSAJE DE HORMONA DE CRECIMIENTO

	Fecha	Unid.	Basal	20'	30'	60'	90'
Ejercicio Prop.:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Clonidina:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Insulina.							
* Glucemia:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
* GH:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
C-Dopa:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Arginina:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosaje de IGF 1:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosaje IGFBP3	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Enviar fotocopia de los resultados de estos análisis

SECTOR TIROTROFICO

	Fecha	Unid.	Resultado	Valores normales
T 3:	__/__/__	_____	_____	_____
T 4:	__/__/__	_____	_____	_____
T4 l:	__/__/__	_____	_____	_____
<u>TSH</u> :	__/__/__	_____	Basal: ____ 30': _____	
<u>Prolactina</u> :	__/__/__	_____	Basal: ____	
AFM:	__/__/__	_____	Resultado: Titulo:	
ATG:	__/__/__	_____	Resultado: Titulo:	
_____:	__/__/__	_____	Resultado: _____	

Apellido y Nombre:

SECTOR ADRENOCORTICOTROFICO

PRUEBA DE:

90'	Fecha	Unid.	Basal	20'	30'	60'
Glucemia:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
<u>Cortisol</u> :	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
_____:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____

SECTOR GONADOTROFICO:

Desarrollo Puberal(grados de Tanner)

Genitales:..... Mamas:..... Vello pubiano

Edad Menarca: años

Prueba de Gn-RH

	Fecha	Unid.	Basal	20'	30'	60'
LH:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
FSH:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
_____:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
_____:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
Estradiol:	___/___/___	_____	_____	Resultado:		
Testosterona:	___/___/___	_____	_____	Resultado:		
_____:	___/___/___	_____	_____	Resultado:.....		
Urocitograma:	___/___/___	SC:___%	SB:___%	I___%	PB___%	

Apellido y nombre:

OTROS EXAMENES

LABORATORIO

SANGRE

	Fecha	Resultado	Unid.
Urea	___/___/___	_____	_____
<u>Creatinina</u>	___/___/___	_____	_____
Colesterol	___/___/___	_____	_____
Glucemia	___/___/___	_____	_____
<u>Hemoglobina</u>	___/___/___	_____	_____
Hb Alc	___/___/___	_____	_____
Hematocrito	___/___/___	_____	_____

ORINA

___/___/___

Densidad Urinaria Proteinuria Glucosuria

.....

Ph Sedimento: _____

RADIOLOGIA

	FECHA	INFORME
Cráneo	___/___/___	_____
Silla Turca	___/___/___	_____
T.A.C.	___/___/___	_____
<u>R.N.M.</u>	___/___/___	_____
Otros:	___/___/___	_____

OTROS EXAMENES

<u>Absorc. Intestinal</u>	___/___/___
Cariotipo	___/___/___
Otros:	___/___/___

Apellido y nombre:

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y MADURACION FISICA

Fecha									
Edad cronológica									
Estatura (cm)									
Velocidad de crecim. (cm/año)									
Peso (Kg)									
Edad ósea ("años")									
Desarr. Genital (Gó M-VP)									
Tratamiento									

**TRATAMIENTOS INSTITUIDOS DISTINTOS DE GH (MEDICOS,
HORMONALES, CIRUGIA, RADIOTERAPIA, ETC.**

TRATAMIENTO	FECHA	EDAD CRONOL.	DOSIS
	de a	de a	

DIAGNOSTICO FINAL

Insuficiencia Hipofisaria: Aislada: ...
Múltiple: ...
Sector Comprometido:
GH:...TSH:..

ACTH... Gn... PROL... ADH:...

Etiología Idiopática: ...
Familiar: ...
Orgánica: ... Especificar:

Relación con la Pubertad Prepuberal: ... Puberal: ...

Enfermedad General Concomitante:

