

**. RESUMEN DE HISTORIA  
CLINICA PARA PACIENTES CON RETARDO DE CRECIMIENTO,  
COSECUENCIA DE HABER NACIDOS CON BAJO PESO / TALLA PARA LA  
EDAD GESTACIONAL**

**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°  Característica:  Anestesia:  
Present.: Maniobras: Apgar: 1'  5'   
Peso Nac.:  Long.corp.  cm Perinatología:  
Madurac. Ps.motriz: Escol.Grado: Deficit Mental:

ENFERMEDADES PADECIDAS:

---

## ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: Nombre:   
Fecha de Nac.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad Actual:  Estatura(cm):   
Edad desarr.  úber.: Profesión:  Vive?:   
Sano (S/N): Especificar:   
MADRE: Nombre:   
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

Fecha: ..../..../....

Motivo de consulta:

Evolución de los Síntomas:

## EXAMEN FISICO

Estatura (cm):  SDS:  Edad Cronol.:   
Peso (Kg):  Estat.Sent:  Perc.Prop.Corp:   
Estado Nutricional:  Circunf.Craneana (cm):   
Desarrollo Puberal (grados de Tanner)  Indice masa Corporal: .....Kg/m<sup>2</sup>  
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:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Arginina:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<u>Dosaje de IGF 1:</u>	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____

---

**SECTOR TIROTROFICO**

	Fecha	Unid.	Resultado	Valores normales
T 3:	__/__/__	_____	_____	_____
<u>T4:</u>	__/__/__	_____	_____	_____
_____:	__/__/__	_____	_____	_____
<u>ISH:</u>	__/__/__	_____	Basal: _____	30': _____
Anticuerpos anti tiroideos (TPO)	__/__/__	Título		
Prolactina:	__/__/__	Basal: _____	_____	

---

Apellido y Nombre:

**SECTOR ADRENOCORTICOTROFICO**

**PRUEBA DE:**

	Fecha	Unid.	Basal	20'	30'	60'	90'
Glucemia:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cortisol:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**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:	_____	_____	_____
_____:	__/__/__	_____	Resultado:	_____	_____	_____
_____:	__/__/__	_____	Resultado:	_____	_____	_____
Urocitograma:	__/__/__	SC: _____%	SB: _____%	I _____%	PB _____%	

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

### OTROS EXAMENES - LABORATORIO

#### SANGRE

	Fecha	Resultado	Unid.
Urea	__/__/__	_____	
<u>Creatinina</u>	__/__/__	_____	
Colesterol	__/__/__	_____	
<u>Glucemia</u>	__/__/__	_____	
<u>Insulinemia:</u>	__/__/__	_____	
<u>Hemoglobina</u>	__/__/__	_____	
Hb A1c	__/__/__	_____	
Hematocrito	__/__/__	_____	

#### ORINA

\_\_/\_\_/\_\_

Densidad Urinaria  Proteinuria  Glucosuria 

Ph  Sedimento: \_\_\_\_\_

#### RADIOLOGIA

	FECHA	INFORME
Cráneo	__/__/__	_____
Silla Turca	__/__/__	_____
<u>T.A.C.(*)</u>	__/__/__	_____
		_____
<u>R.N.M.(*)</u>	__/__/__	_____
		_____

Otros: \_\_/\_\_/\_\_

(\* ) una u otra

---

#### OTROS EXAMENES

Absorc. Intestinal \_\_/\_\_/\_\_

Cariotipo \_\_/\_\_/\_\_

Otros: \_\_/\_\_/\_\_

Apellido y nombre:

**ANTROPOMETRÍA Y MADURACION FISICA**

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

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

TRATAMIENTO	FECHA	EDAD CRONOLOGICA	DOSIS
	de a	de a	

**DIAGNOSTICO FINAL**

**Retardo de crecimiento por BPEG**

Asociado a:

Insuficiencia Hipofisaria

Aislada:

Múltiple:

Otros problemas

Especificar: .....

Etiología del BPEG

desconocida:

conocida:

Especificar: .....

Enfermedad General Concomitante:



**DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA DE FINANCIACION DE TRATAMIENTO  
CON HORMONA DE CRECIMIENTO**

---

**Lugar y fecha:** Buenos Aires,

**Paciente:** ..... **Edad:** ..... años

**Historia Clínica Nº:** .....

**Diagnóstico:** .....

**En caso de estar en tratamiento:**

**Fecha de Inicio:** .....

**GH utilizada (Marca):** .....

**Dosis actual:** . UI/semana **Nº inyecc./sem.:**.....

**Cumplimiento con el tratamiento:**

**En caso de iniciar el tratamiento:**

**GH a utilizar (Marca):** .....

**Dosis :** . UI/semana **Nº inyecc./sem.:**.....

---

**Antropometría**

	<b>Fecha</b>	<b>Estatura (cm)</b>	<b>Peso (Kg)</b>	<b>Vel. Crecimiento (cm/año)</b>
<b>Control Anterior</b>				
<b>Inicio Tratamiento</b>				
<b>Control Actual</b>				

**Edad Osea (una por año):**..... **Fecha:**.../.../.... GyP/Tanner

**Estadío Puberal: G/M:**..... **VP:**..... **Tam.Test: D:**.... / **I:**..... **Menarca (fecha)** .....

**Tratamientos concomitantes: - Tiroides:**

(nombre y dosis)

**- Esteroides:**

**- Otros:**

**En caso de que el paciente sea** atendido fuera de una Institución indicar los datos (dirección, teléfono y correo electrónico) del médico tratante.

**Sello de la Institución**

**Firma del Médico solicitante**

Sello con Nº de matrícula



**SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA DE FINANCIACIÓN DE  
TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO**

Buenos Aires, 31 de agosto de 2007

**Ref.** : Tratamiento con Hormona de Crecimiento  
para el paciente: .....

Sr/Sra

.....  
.....  
.....

S.D.

Me dirijo a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer las gestiones para que la Dependencia a su cargo financie el tratamiento con Hormona de Crecimiento para el/la paciente de referencia, cuyo resumen de la Historia Clínica enviamos adjunto.

El diagnóstico es: **Baja estatura consecuencia de bajo peso para edad gestacional**

El tratamiento indicado es con Hormona de Crecimiento recombinante humano

La dosis de H. de Crecimiento para este/a paciente es de ..... mG/semana.

El tratamiento debe efectuarse mientras sea efectivo o sea que, en este caso, el/la paciente crezca a una velocidad adecuada. En general, el tiempo indicado para este/a paciente es de ..... (.....) años.

Por la presente asumimos el compromiso de efectuar periódicamente los controles antropométricos, clínicos y de laboratorio necesarios para asegurar la máxima efectividad y seguridad terapéutica. Asimismo informaremos, cada seis meses acerca de la evolución del/la paciente.

Sin otro particular saludamos a Ud. muy atentamente

Jefe.

Dr.  
Médico/a tratante

\* Se adjunta receta correspondiente para cubrir el tratamiento por tres meses

**SOLICITUD DE CONTINUACION O MODIFICACION DE TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO**

---

**Lugar y fecha:** Buenos Aires,

**Paciente:** ..... **Edad:** ..... años

**Historia Clínica Nº:** .....

**Diagnóstico:** Retardo de crecimiento secuela de Retardo de Crecimiento Intrauterino / Baja talla para Edad Gestacional

**GH utilizada (Marca):** .....

**Dosis actual:** mG/semana

**Nº inyecc./sem.:**.....

**MOTIVO DE LA SUSPENSION :**

Finalización

Abandono :  No cumplimiento

Decisión propia

Decisión médica :  Motivo :

.....

Otros" : .....

---

**Antropometría**

	Fecha	Estatura (cm)	Peso (Kg)	Vel. Crecimiento (cm/año)	SDS
<b>Inicio Tratamiento</b>					
<b>Control Anterior</b>					
<b>Control Actual</b>					

**Laboratorio: Fecha:** .....

**Glucemia:**.....mG/dL **IGF1:**.....nG/mL.....**Insulina:** .....UI/mL

**Edad Osea (última):**..... **Fecha:**.../.../.... GyP/Tanner

**Estadío Puberal: G/M:**..... **VP:**.....**Tam.Test: D:**..... / **I:**..... **Menarca** (fecha)

.....

**Cumplimiento con el tratamiento:**

**Tratamientos concomitantes**(nombre y dosis): :

.....

: .....

: .....

**OBSERVACIONES:**

**Sello de la Institución  
solicitante**

**Firma del Médico**

Sello con N° de matrícula