

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: Deficit 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:

Datos Clínicos Relacionados al S. de Turner:

Apellido y Nombre:

ESTUDIO DE LA FUNCION HIPOFISARIA

SECTOR SOMATOTROFICO - DOSAJE DE H. DE CRECIMIENTO (optativo)

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

SECTOR TIROTROFICO

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

SECTOR GONADOTROFICO:

Desarrollo Puberal(grados de Tanner)

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

Edad Menarca: años

Prueba de Gn-RH

	Fecha	Unid.	<u>Basal</u>	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>Hemoglobina</u>	___/___/___	_____	
Hb Alc	___/___/___	_____	
Hematocrito	___/___/___	_____	

ORINA

___/___/___

Densidad Urinaria Proteinuria Glucosuria

Ph Sedimento: _____

RADIOLOGIA

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

ESTUDIO CROMOSOMICO

	FECHA	INFORME
<u>Cariotipo</u>	___/___/___	_____

OTROS EXAMENES

	FECHA	INFORME
<u>Ecografía renal</u>	___/___/___	_____
<u>Ex. Cardiovascular</u>	___/___/___	_____
<u>Absorción Intestinal:</u>	___/___/___	_____

Apellido y nombre:

OTROS EXAMENES (Cont.)

<u>E.C.G.</u>	___/___/___	_____
<u>Ecocardiograma</u>	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y MADURACION FISICA

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

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

TRATAMIENTO	FECHA		EDAD CRONOL.		DOSIS
	de	a	de	a	

Enfermedad General Concomitante: