

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

DATOS DE LABORATORIO (al inicio del tratamiento)

GH

IGF-1

IGFBP-3

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO

EDAD OSEA

GLUCEMIA

INSULINEMIA

PERFIL LIPIDICO

TSH / T4 LIBRE

OTROS VALORES HORMONALES (CORTISOL, GONADOTROFINAS)

METODOS DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES (RMI)

TABLA DE CRECIMIENTO PONDO ESTATURAL

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

SEGUIMIENTO (clínico y auxológico cada 3 o 4 meses, laboratorio semestral, edad ósea anual)

EDAD CRONOLOGICA
GH
IGF-1
TALLA Y PESO
VELOCIDAD DE CRECIMIENTO
EDAD OSEA
ESTADIO DE TANNER
TSH / T4 LIBRE
GLUCEMIA
INSULINEMIA
PTH Y LABORATORIO (en el caso de IRC)

TRATAMIENTO PROPUESTO
DROGA
DOSIS
VIA DE ADMINISTRACIÓN
FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

Médico tratante (Firma y sello)

Teléfono de contacto:

RESERVADO PARA AUDITORIA

SE RECOMIENDA AUTORIZAR: SI NO
 Marcar el que corresponda

JUSTIFICACIÓN DE LA NEGATIVA:

Médico interviniente (Firma y sello)