

# PROTOCOLO HORMONA DE CRECIMIENTO

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 1

## DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: ..... Tel: .....

DNI: ..... Edad: ..... Sexo: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../.....

## DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico: ...../...../.....

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Prader Willi          | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal Crónica en la infancia |
| <input type="checkbox"/> Déficit de Hormona de Crecimiento | <input type="checkbox"/> Retardo del Crecimiento Intrauterino       |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Turner                | <input type="checkbox"/> Otro (detallar) _____                      |

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Control actual ...../...../.....

Control anterior ...../...../.....

Peso \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_

- Somatotrofina sérica basal de diagnóstico:
- Edad Ósea \_\_\_\_\_ Fecha de la determinación: ...../...../.....
- Cierre cartílagos de crecimiento: SI No
- Velocidad de crecimiento en el último año: \_\_\_\_\_
- Desarrollo puberal (Tanner): \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTOS SOLICITADO

Monodroga	Dosis	Frecuencia	Dosis mensual
Somatotrofina			

Continúa con igual dosis?

- Si
- No Motivo: \_\_\_\_\_

Adjuntar al presente:

- Tabla pondo estatural firmada, sellada y fechada.
- Informe de Rx de muñeca con edad ósea (no mayor a un año de antigüedad)
- Para los casos de diagnóstico de síndrome genético, adjuntar estudios respectivos.

Firma y Sello:

# INSTRUCTIVO HORMONA DE CRECIMIENTO

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

## INICIO

- Protocolo hormona de crecimiento.
- Estudios utilizados para arribar al diagnóstico (Test de clonidina arginina basal y post estimulación, estudio genético, etc.)
- Tabla pondo estatural (firmada, sellada y fechada por el médico tratante).
- Informe de placa de muñeca con detalle de edad ósea no mayor a un año de antigüedad.
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Consentimiento informado

## ACTUALIZACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio) Y CAMBIO DE DOSIS

- Protocolo hormona de crecimiento.
- Tabla pondo estatural (firmada, sellada y fechada por el médico tratante).
- Informe de placa de muñeca con detalle de edad osea no mayor a un año de antigüedad.
- Consentimiento informado.

**No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.  
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**

Nombre y Apellido o SIGLA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Mail de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI .....

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ..... de ..... de ....., en la Ciudad de ....., Provincia de .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico  
Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Matrícula

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración / Sigla

\_\_\_\_\_  
D.N.I.