

F.P.E. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA HIPOFISARIA. 1° VEZ

Datos personales

Apellido y Nombre:
DNI: Fechas: Nacimiento/...../.....
Género: 1ra. Consulta/...../.....
Actual/...../.....
Nacionalidad: Edad: Años:
Domicilio:
Localidad: Código Postal:
Provincia: Teléfono:
Obra Social: Nro. Afiliado:

Delegación

Institución: Historia clínica Nro:
Médico Tratante: M:P:
Domicilio: Localidad:
Cód. Postal:
Referido por: Teléfono:
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 las hojas siguientes los datos subrayados son obligatorios

Firma y Sello:

Antecedentes Personales

Embarazo:	Nº.....	Evolución	Duración.....
Parto	Nº.....	Carácter	Anestesia.....
Present		Maniobras	Apgar: 1' 5'
Peso Nac			
Madurac. Ps. Motriz		Escol. Grado	Déficit Mental

Enfermedades Padecidas

Antecedentes Familiares

PADRE

Fechas de Nacimiento	Edad Actual:	Estatura:
Edad desarr. Púber	Profesión:	Vive:
Sano SI / NO	Especificar:	

MADRE

Fechas de Nacimiento	Edad Actual:	Estatura:
Edad desarr. Púber	Profesión:	Vive:
Sano SI / NO	Especificar:	

HERMANOS

Sexo	Edad Actual:	Talla:	Edad Menarca/Desarrollo:
Sexo	Edad Actual:	Talla:	Edad Menarca/Desarrollo:
Sexo	Edad Actual:	Talla:	Edad Menarca/Desarrollo:

Enfermedades en la Familia Parentesco

Nivel Socio Económico Núcleo Familiar

Enfermedad Actual

Motivo de Consulta:
.....
Evolución de los Síntomas:
.....

Exámen Físico

Edad Cronológica	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

Datos clínicos Positivos

Firma y Sello:



Un aporte bien hecho

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN HIPOFISARIA. SECTOR SOMATOTRÓFICO - DOSAJE DE HORMONA DE CRECIMIENTO

Apellido y Nombre:

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

Enviar fotocopia de los resultados de los análisis

SECTOR TIROTRÓFICO

Normales	Fecha	Unid.	Resultado	Valores
T3/...../.....	_____	_____	_____
T4/...../.....	_____	_____	_____
<u>TSH</u>	...../...../.....	Basal _____	30' _____	
<u>Prolactina</u>	...../...../.....	Basal _____		
AFM	...../...../.....	Resultado _____	Título _____	
ATG	...../...../.....	Resultado _____	Título _____	
_____	...../...../.....	Resultado _____		

Firma y Sello:



Un aporte bien hecho

SECTOR ADRENOCORTICOTROFICO

Apellido y Nombre:

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/...../.....	_____	_____	_____	_____	_____
LH/...../.....	_____	_____	_____	_____	_____
_____/...../.....	_____	_____	_____	_____	_____
_____/...../.....	_____	_____	_____	_____	_____
Estradiol	...../...../.....	_____	Resultado	_____	_____	_____
_____	...../...../.....	_____	Resultado	_____	_____	_____
_____	...../...../.....	_____	Resultado	_____	_____	_____
Urocitograma	...../...../.....	SC _____ %	SB _____	1 _____ %	PB _____ %	_____ %

Firma y Sello:

Apellido y Nombre:

Otros Exámenes

SANGRE

LABORATORIO

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

ORINA

Densidad Urinaria Proteinuria Glucosuria
Ph Sedimento

RADIOLOGÍA

	Fecha	Informe
Cráneo/...../.....
Silla Turca/...../.....
T.A.C. (*)/...../.....

RNM(*)/...../..... _____

Otros _____/...../..... _____

(*) Una u Otra

Otros Exámenes

Absorc. Intestinal/...../.....

Cariotipo/...../.....

Otros/...../.....

Firma y Sello:

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y MADURACIÓN FÍSICA

Apellido y Nombre:

Fecha									
Edad cronológica									
Estatura (cm)									
Velocidad de crecimiento (cm año)									
Peso (Kgs)									
Edad Osea ("años")									
Desarr. Genital (Go M-VP)									
Tratamiento									



Un aporte bien hecho

TRATAMIENTOS INSTITUIDOS DISTINTOS DE GH (MÉDICOS, HORMONALES, CIRUGÍA, RADIO TERÁPIA, ETC.)

TRATAMIENTO	FECHA DE A	EDAD CRONOLÓGICA DE A	DOSIS

Diagnóstico Final

Insuficiencia Hipofisaria Aislada
 Múltiple

SECTOR COMPROMETIDO: GH TSH
 ACTH Gn ADH

Etiología Idiopática
 Familiar
 Orgánica Especificar

Relación con la Pubertad
 Prepuberal Puberal

Enfermedad General Concomitante

Firma y Sello: