

# PROTOCOLO DE HORMONA DE CRECIMIENTO

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

## Datos personales

Apellido y Nombre: .....  
Mail: ..... Tel.: ..... Cel: .....  
DNI: ..... Edad: ..... Género: .....

## Diagnóstico

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

Diagnóstico según CIE 10

Código Descripción

Código	Descripción

## Requisitos solicitados

### 1. Fundamento Diagnóstico

- a. Déficit de Hormona
- b. Insuficiencia renal crónica
- c. Síndrome de Turner
- d. Síndrome de Prader Willi
- e. RCIU
- f. Otros

### 2. Resumen de Historia Clínica

Control actual: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Control anterior: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Edad Ósea:  Años  Meses

Desarrollo Puberal: \_\_\_\_\_

Somatotrofina Basal: \_\_\_\_\_ 60': \_\_\_\_\_ 90': \_\_\_\_\_ 120': \_\_\_\_\_

Cierre de cartílagos de crecimiento: Si  No

Velocidad de crecimiento en el último año: \_\_\_\_\_

## Tratamiento indicado

Monodroga	Dosis diaria	Dosis semanal	Dosis mensual

**Continúa con igual dosis: Si - No - Motivo:**

- Adjuntar tabla pondo estatural actualizada firmada y sellada
- Para los casos con Diagnóstico de Síndrome genético adjuntar estudios respectivos.

## Médico Solicitante

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Matrícula nacional: N° \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Matrícula provincial: N° \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

**Firma y Sello:**

# INSTRUCTIVO DE 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

- 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.
- Protocolo Hormona de Crecimiento, original y completo en todos los campos.
- Formulario de inicio Hormona de Crecimiento, original y completo en todos los campos.
- Consentimiento informado.
- Estudios de diagnóstico: Test de Clonidina Arginina Basal y post Estimulación, Tabla Pondoestatural (firmada, fechada y sellada por el médico tratante), Informe de placa de muñeca con edad ósea.

## SEMESTRAL (Enero y Julio)

- Protocolo Hormona de Crecimiento, original y completo en todos los campos.
- Estudios: Informe de placa de muñeca con edad ósea (una anual), Tabla Pondoestatural (firmada, fechada y sellada por el médico tratante).

## CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Prescripción medica de la medicación **en original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnostico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante**.  
El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo Hormona de Crecimiento, original y completo en todos los campos.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.  
Tramite sujeto a Auditoria Médica.**