

## Resumen de Historia Clínica - Apéndice G

### Tratamiento con Hormona de Crecimiento

DATO	S DEL AFILIA	'DO								
NOMBRE Y APELLIDO:					DNI: EDAD:					
NRO. AFILIADO:					FECHA DE NACIMIENTO:					
DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES										
DIAGNÓSTICO:										
FECHA DE DIAGNÓSTICO: PERCENTIL AL NACER (RCIU):										
EDAD GESTACIONAL:										
Antecedentes de la enfermedad, estado actual, complicaciones y/o comorbilidades:										
CONT										
CONT	ROLES ANTE	ERIURES		EDAD ÓSEA		Des. Genital	Talla actual	Cartílagos	Tuotomianto	
FECHA	CRONOLÓGICA	VC (cm/año)	Peso (kg)	(una por año)	PC o SDS	(G/M - VP - TD/TI)	(cm)	Cerrados	Tratamiento (adicional a GH)	
TRAT	 AMIENTO SO	LICITADO:	somato	trofina/horm	ona de (	crecimient				
TRATAMIENTO SOLICITADO: somatotrofina/hormona de crecimiento										
Mantenimiento de dosis actual  Suspensión de tratamiento										
Aumento de dosis a Ul/semana (indicar motivos):										
GH utilizada (marca):										
Frecuencia de aplicación: Dosis diaria: Dosis semanal: Dosis semanal: Dosis mensual (UI): Dosis mensual (mg): Dosis mensual (m										
2 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 -										
TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:										
OBSERVACIONES:										

Firma y sello médico tratante .....

Fecha:

# OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA R.N.O.S. 1-0740-4

#### Resumen de Historia Clínica - Apéndice G Tratamiento con Hormona de Crecimiento

### Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica para tratamiento con hormona de crecimiento: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Tabla de crecimiento pondoestatural: cada seis meses.
- Edad ósea: una por año.
- Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento y normal durante el mismo).
- Percentil al nacimiento en caso de RCIU.
- Estudios genéticos (si correspondieran).

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS						
CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: TELÉFONO:						

Fecha: / /