

## SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO CON ORMONE DELLA CRESCITA (GH)

Informazioni Relative al Paziente
CognomeNome
Codice FiscaleData di nascita//
Età anni mesi Sesso M F
Indirizzo
ASL di residenza dell'assistitoProvincia
RegioneMedico curante
<i>Diagnosi</i> ☐ Bassa statura da deficit di GH
S. di Turner citogeneticamente dimostrata
☐ Deficit staturale nell'insufficienza renale cronica ☐ S. di Prader Willi in soggetti prepuberi
Formulata in data:/da:  Clinica Universitaria
Unità Operativa Ospedaliera
C. J.
Sede:Regione
Dati auxologici alla diagnosi
Data:Età: annimesiEtà Ossea Peso (Kg):Altezza (cm):SDS-Altezza:
Velocità di crescita: SDS-Velocità di crescita*:Target genetico:
Stadio puberale:
Dati di laboratorio alla diagnosi Risposta ai test da stimolo:
1) Tipo di test: picco di GH: 2) Tipo di test: picco di GH:
IGF-1:IGFBP-3:
Dati auxologici al follow up (mesi: + )
Dati auxologici al follow up (mesi: +)   Data: Età:anni mesi Età Ossea*:   Peso (Kg): Altezza (cm): SDS-Altezza:
Peso (Kg):       Altezza (cm):       SDS-Altezza:         Velocità di crescita:       SDS-Velocità di crescita*:
Stadio puberale:
Dati di laboratorio al follow up (mesi: + )
IGF-1*: IGFBP-3*:
Centro di prescrizione         Medico Specialista Prof/Dr:Ospedale/Università
Regione Indirizzo: via n.
Regione   Indirizzo: via   n.     CAP   Provincia   N.di telefono   FAX
Programma terapeutico:
Farmaco prescritto:Nota AIFA n
Posologia: Dose/die per n° di gg a settimana
Durata prevista del trattamento**:
Prima prescrizione Prosecuzione della cura
Data Timbro del Centro Timbro e Firma del Medico prescrittore

Da redigere in quadruplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza ed al medico che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda. \*Indicazioni non obbligatorie ad ogni prescrizione, ma obbligatorie 1volta/anno