



FR310

**RECETARIO EXCLUSIVO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALES
DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO**

1. DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE (O CODIFICACIÓN): _____

DNI: _____ EDAD: _____ FECHA ACTUAL:...../...../..... TELÉFONO: _____

INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN: _____

2. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA

FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA:/...../.....

PATOLOGÍA ASOCIADA A USO DE HORMONA DE CRECIMIENTO:

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO | <input type="checkbox"/> | SÍNDROME DE PRADER WILLIE | <input type="checkbox"/> |
| INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DE LA INFANCIA | <input type="checkbox"/> | SÍNDROME DE TURNER | <input type="checkbox"/> |
| RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO | <input type="checkbox"/> | | |

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (CRITERIOS QUE JUSTIFIQUEN EL FUNDAMENTO TERAPÉUTICO):

PESO: _____ TALLA: _____

EDAD ÓSEA ACTUAL: _____

MUTACIONES/ACTIVIDAD ENZIMÁTICA (SI CORRESPONDE): _____

PROGRESIÓN Y/O CAMBIO DE TRATAMIENTO (ESPECIFIQUE): _____

FECHA DE TERMINACION DEL TRATAMIENTO Y MOTIVO:...../...../.....; _____

3. PRESCRIPCIÓN ACTUAL:

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	MG/DÍA	CANTIDAD DE ENVASES
Rp1)		
Rp2)		
Rp3)		

FIRMA Y SELLO ESPECIALISTA PRESCRIPTOR

AUTORIZACIÓN MÉDICO AUDITOR

**LA PRESENTE RECETA DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE LOS INFORMES DE ESTUDIOS RESPALDATORIOS
(INFORME DE EDAD ÓSEA, CURVA DE CRECIMIENTO PONDOESTATURAL, ANÁLISIS GENÉTICOS, DOSAJE DE HORMONAS,
OTROS, SI CORRESPONDIERE, ETC.)**

**ES DE SUMA IMPORTANCIA ENVIAR LA CURVA DE CRECIMIENTO PONDOESTATURAL Y EL INFORME
DE LA EDAD ÓSEA CADA 6 MESES.**