

Formulario ⁽²⁷⁾: HORMONA DE CRECIMIENTO PARA INSUFICIENCIA HIPOFISARIA

Nombre y Apellido				
Beneficiario N°		Fecha Nac. / /		
Domicilio			Tel.	
ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA				
Informe sobre evolución, fundamentando la continuidad de la prescripción, o el aumento de dosis, sobre la base de los parámetros de valoración de resultados establecidos al inicio de tratamiento.				
TRATAMIENTO HORMONAL PREVIO				
Droga		Dosis/ semana		N° aplicaciones/ semana
		UI		
TRATAMIENTO HORMONAL SOLICITADO ACTUALMENTE POR VÍA DE EXCEPCIÓN				
Droga	Presentación	Dosis/ semana	N° aplicaciones/ semana	Cantidad envases/ mes
		UI		
Duración estimada del tratamiento:				
VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y MADURACIÓN FÍSICA				
Edad cronológica				
Edad ósea				
Talla				
Peso				
Veloc. crecimiento	cm/ semestre	cm/ año		
Est. puberal: G/M	VP	tamaño. testic: D	I	
Tratamientos concomitantes (detallar)				
Estudios complementarios posteriores a la última autorización emitida por la Subgerencia de Medicamentos (detallar y adjuntar fotocopia de los informes)				
Lugar y fecha			Firma y sello médico especialista	
			Tel.	
			Fax	
			Mail	

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demoras