



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

**Informazioni Relative al Paziente**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Et  anni  mesi  Sesso M  F   
 Indirizzo \_\_\_\_\_  
 ASL di residenza dell'assistito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Regione \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

**Diagnosi**

- 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  
 Unit  Operativa Ospedaliera

Sede: \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

**Dati auxologici alla diagnosi**

Data: \_\_\_\_\_ Et : anni  mesi  Et  Ossea \_\_\_\_\_  
 Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Altezza (cm): \_\_\_\_\_ SDS-Altezza: \_\_\_\_\_  
 Velocit  di crescita: \_\_\_\_\_ SDS-Velocit  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: + \_\_\_\_\_)**

Data: \_\_\_\_\_ Et : anni  mesi  Et  Ossea\*: \_\_\_\_\_  
 Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Altezza (cm): \_\_\_\_\_ SDS-Altezza: \_\_\_\_\_  
 Velocit  di crescita: \_\_\_\_\_ SDS-Velocit  di crescita\*: \_\_\_\_\_  
 Stadio puberale: \_\_\_\_\_

**Dati di laboratorio al follow up (mesi: + \_\_\_\_\_)**

IGF-1\*: \_\_\_\_\_ IGFBP-3\*: \_\_\_\_\_

**Centro di prescrizione**

Medico Specialista Prof/Dr: \_\_\_\_\_ Ospedale/Universit  \_\_\_\_\_  
 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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_