



**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
SOLICITAÇÃO INICIAL**

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																																	
2	SEXO: ☐ F ☐ M																																																	
3	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____																																																	
4	AUXOGRAMA DO CRESCIMENTO NO ÚLTIMO ANO <table border="1"><thead><tr><th>DATA</th><th colspan="2">ALTURA</th><th colspan="4">MEDICAÇÃO UTILIZADA COMO ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td colspan="4"> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td colspan="4"> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td colspan="4"> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td colspan="4"> </td></tr></tbody></table>								DATA	ALTURA		MEDICAÇÃO UTILIZADA COMO ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO																																						
DATA	ALTURA		MEDICAÇÃO UTILIZADA COMO ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO																																															
5	ALTURA ATUAL: _____ cm																																																	
6	PESO ATUAL: _____ kg																																																	
7	IDADE CRONOLÓGICA: _____ anos																																																	
8	IDADE ALTURA: _____ anos																																																	
9	IDADE PESO: _____ anos																																																	
10	TESTES DE ESTÍMULO DO GH: <table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">INSULINA</th><th colspan="2">30 min</th><th colspan="2">60 min</th><th colspan="2">90 min</th><th rowspan="2">120 min</th><th rowspan="2">180 min</th></tr><tr><th>GH</th><th>Glicemia</th><th>GH</th><th>Glicemia</th><th>GH</th><th>Glicemia</th></tr></thead><tbody><tr><td>GLUCAGON</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td>GH</td><td>GH</td></tr><tr><td>CLONIDINA</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td>GH</td><td>GH</td></tr><tr><td>LEVODOPA</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td colspan="2">GH</td><td>GH</td><td>GH</td></tr></tbody></table> ** Meninas Tanner abaixo de M3 e PH3 a partir de 8 anos - necessário <i>priming</i> antes dos testes. ** Meninos Tanner abaixo de PH3 a partir de 9 anos - necessário <i>priming</i> antes dos testes.								INSULINA	30 min		60 min		90 min		120 min	180 min	GH	Glicemia	GH	Glicemia	GH	Glicemia	GLUCAGON	GH		GH		GH		GH	GH	CLONIDINA	GH		GH		GH		GH	GH	LEVODOPA	GH		GH		GH		GH	GH
INSULINA	30 min		60 min		90 min		120 min	180 min																																										
	GH	Glicemia	GH	Glicemia	GH	Glicemia																																												
GLUCAGON	GH		GH		GH		GH	GH																																										
CLONIDINA	GH		GH		GH		GH	GH																																										
LEVODOPA	GH		GH		GH		GH	GH																																										



11	EXAMES DE IMAGEM: - Ressonância Magnética: Data: ____/____/____ Resultados: _____ _____ - RX de mão e punho: Data do exame: ____/____/____ Idade óssea de ____ anos
12	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
13	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/____ Assinatura e carimbo: _____ Médico

Atualizado em 26/02/2021

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(A) paciente vai utilizar ____ UI de Somatropina ____ UI/Frasco, que equivale a ____ mL ou ____ unidades na seringa de insulina, ____ vezes por semana.

Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

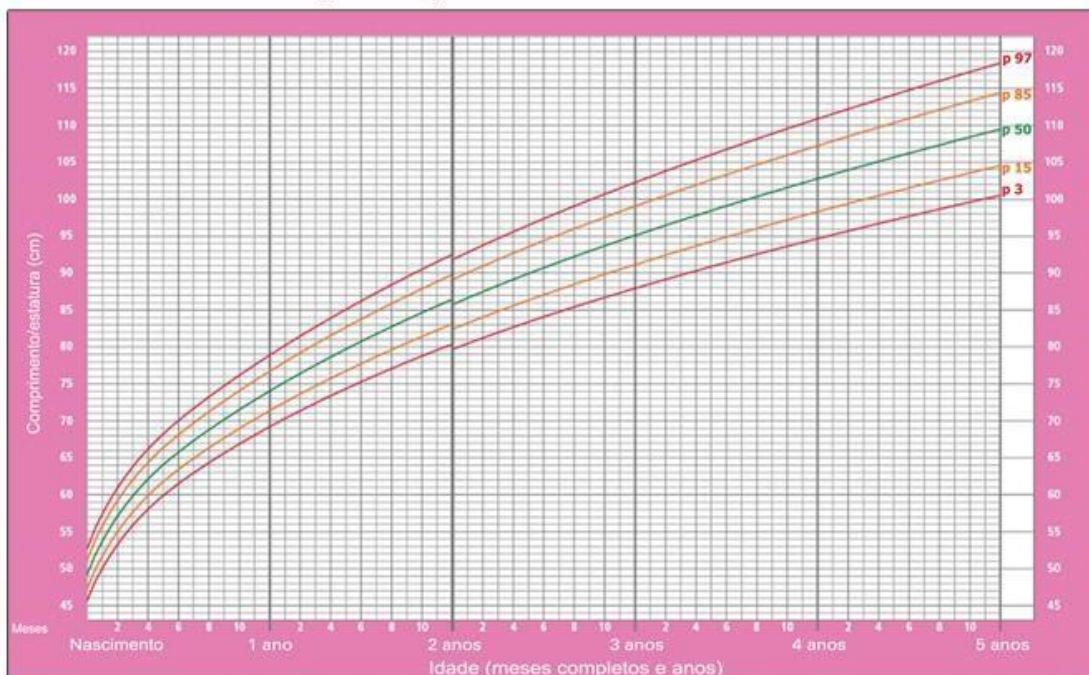
Volume a ser aplicado em mL = $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$



MODELOS DE CURVA DE CRESCIMENTO - OMS

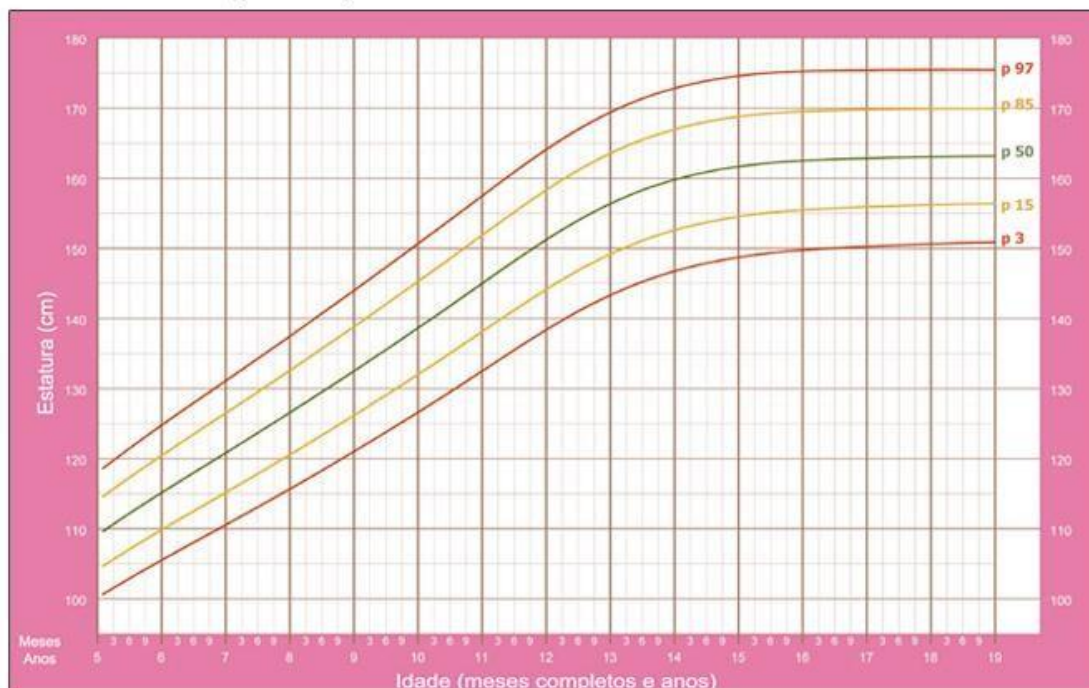
Meninas

Do nascimento aos 5 anos (percentis)



Clique aqui para ampliar o gráfico

Dos 5 aos 19 anos (percentis)



Clique aqui para ampliar o gráfico

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo: _____

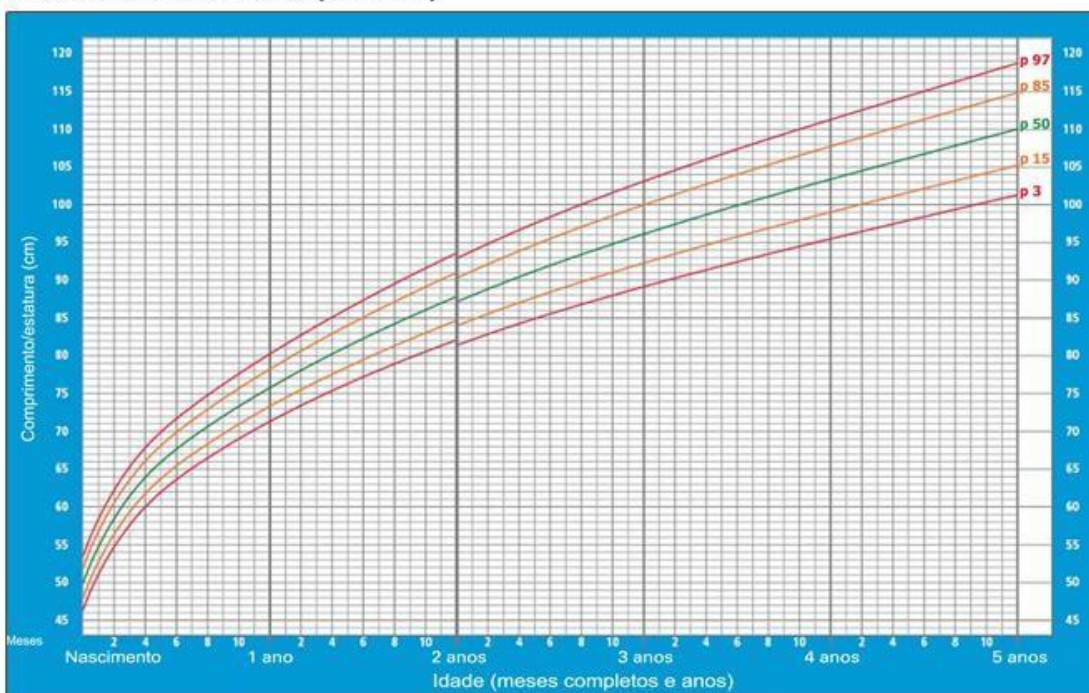
Médico



MODELOS DE CURVA DE CRESCIMENTO - OMS

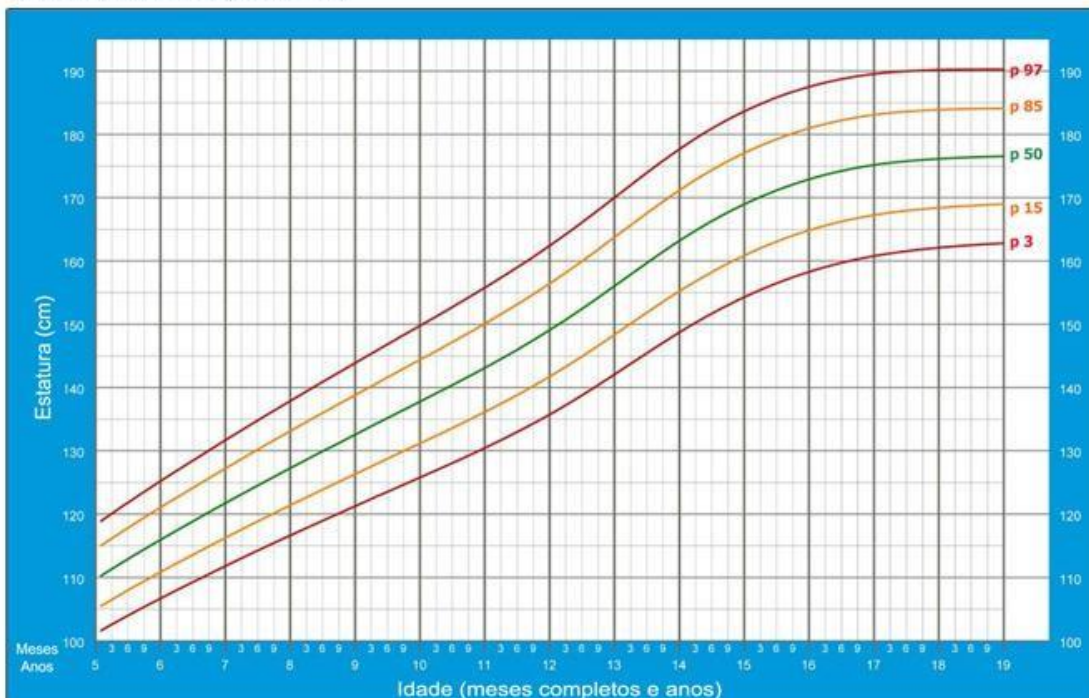
Meninos

Do nascimento aos 5 anos (percentis)



[Clique aqui para ampliar o gráfico](#)

Dos 5 aos 19 anos (percentis)



[Clique aqui para ampliar o gráfico](#)

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo: _____

Médico



**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
MONITORAMENTO DO TRATAMENTO**

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																														
2	SEXO: ☐ F ☐ M DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____																																														
3	DURANTE ESTA ÚLTIMA COTA DO GH, A MÉDIA DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO FOI DE: _____ CM/ ANO.																																														
4	DADOS DAS CONSULTAS ANTERIORES: <table border="1"><thead><tr><th>DADOS</th><th>DATA:</th><th>DATA:</th><th>DATA:</th></tr></thead><tbody><tr><td>Idade Cronológica</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Peso em quilo</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Altura em cm</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Idade altura</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Idade peso</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Idade óssea (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Glicose (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>IGF-1 (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TSH (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>T4 livre (anual)</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> Tendo em vista os resultados acima obtidos, solicito a continuação do tratamento.			DADOS	DATA:	DATA:	DATA:	Idade Cronológica				Peso em quilo				Altura em cm				Idade altura				Idade peso				Idade óssea (anual)				Glicose (anual)				IGF-1 (anual)				TSH (anual)				T4 livre (anual)			
DADOS	DATA:	DATA:	DATA:																																												
Idade Cronológica																																															
Peso em quilo																																															
Altura em cm																																															
Idade altura																																															
Idade peso																																															
Idade óssea (anual)																																															
Glicose (anual)																																															
IGF-1 (anual)																																															
TSH (anual)																																															
T4 livre (anual)																																															
5	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____																																														
6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																																														

Atualizado em 26/02/2021

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(A) paciente vai utilizar _____ UI de Somatropina _____ UI/Frasco, que equivale a _____ mL ou _____ unidades na seringa de insulina, _____ vezes por semana.

Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

Volume a ser aplicado em mL = $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$