

FORMULARIO PUBERTAD - PRECOZ - CENTRAL

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

N° de Afiliado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ F ☐ M ☐ X

Diagnóstico Principal: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Tratamiento Solicitado: _____

Antecedentes de enfermedad actual:

• Edad de inicio de la primera manifestación: _____

• Motivo de consulta inicial (primer signo de sospecha del cuadro): _____

• Antecedentes familiares de Pubertad Precoz: ☐ SI ☐ NO

Estado actual:

• Escala de Tanner (completar estadio actual):

Mamas: _____ Vello Púbico: _____

☐

Estable

☐

Progresivo

Testículos: _____ Vello Púbico: _____

☐

Estable

☐

Progresivo

• Velocidad de crecimiento:

Desde _____ Hasta _____

Resultado: _____ cm/año

• Otras comorbilidades: _____

Estudios realizados:

• Imágenes:

1) Ecografía ginecológica abdominal. Fecha: _____

a) Longitud máxima del útero: _____

b) Relación cuello/cuerpo uterino: ☐ 3: 1 ☐ 1: 1

c) Otros: _____

2) Radiografía de mano y muñeca izquierdas (EO = Edad ósea; EC = Edad cronológica):

Informe: Fecha: _____ ☐ EO acorde a EC ☐ EO mayor a EC ☐ EO menor a EC3) R.M.N. de S.N.C.: realizada ☐ NO ☐ SI Fecha: _____Informe: ☐ Sin hallazgos patológicos ☐ Con alteraciones

FORMULARIO PUBERTAD - PRECOZ - CENTRAL

• Laboratorio hormonal:

1) Determinaciones Basales:

Hormonas	Valor Niñez	Valor Puberal	Fecha	No realiza
Estradiol			___/___/___	
Testosterona			___/___/___	
DHEAS			___/___/___	
LH			___/___/___	
FSH			___/___/___	
PRL			___/___/___	

Interpretación de resultados basales:

2) Prueba de Gonadotrofinas post estimulación con análogo de GnRH

Gonadotrofinas:	Basal	30 minutos post GnRH	60 minutos post GnRH

Interpretación del resultado de la prueba:

Tratamiento Solicitado:

- ☐ Triptorelina: ☐ mensual ☐ trimestral ☐ Dosis
☐ Leuprolide ☐ Dosis
☐ Otro: _____

Plan terapéutico:

- Justificativo médico: _

FORMULARIO PUBERTAD - PRECOZ - CENTRAL

- Tiempo esperado de tratamiento: _____
- Parámetros para evaluar respuesta terapéutica: _____
- Criterios de suspensión del tratamiento: _____

Aclaraciones: Para poder evaluar el pedido de tratamiento, Auditoria Médica requiere esta Planilla completa y acompañada de copia de los informes de los estudios mencionados (estado actual y diagnóstico de certeza) sin excepción.

En caso de corresponder, el tratamiento será autorizado por un período de 6 (seis) meses, que se podrá renovar por períodos iguales, en función de la respuesta terapéutica obtenida.

Documentación semestral necesaria para evaluar continuidad de tratamiento:

1. Resumen de Historia Clínica con detalle de Tanner actualizado y Curva de crecimiento del semestre inmediato anterior.
2. Informe de estudios: Laboratorio hormonal (basal) y ecografía ginecológica abdominal.
3. Informe de Rx de edad ósea (anual).

Tel. de Contacto del médico: _____

Email: _____

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL